



CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

## **PRIORIDADE: DOENTE CRÍTICO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica

Por:

Tânia Isabel Braz Fernandes

Porto, Abril de 2010





CATÓLICA  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

## **PRIORIDADE: DOENTE CRÍTICO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica

Por Tânia Isabel Braz Fernandes

Sob orientação de Mestre Amélia Rego

Porto, Abril de 2010



## RESUMO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular Relatório inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área da especialização.

Com este relatório pretendo dar visibilidade ao percurso efectuado ao longo do ensino clínico e respectivos módulos realizados no Serviço de Cuidados Intensivos Médicos do Hospital Pedro Hispano, no Serviço de Urgência do Hospital de Braga e na Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica.

Partindo do pressuposto que a transformação das experiências do ensino clínico em novos saberes e conhecimentos não é uma tarefa simples, com a realização deste relatório propus-me desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva; transmitir o desenvolvimento e aprendizagem obtidos durante o ensino clínico, veículo do aperfeiçoamento de competências pessoais e profissionais. Demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, acções realizadas, identificação e análise de situações-problema propondo soluções devidamente fundamentadas; desenvolver uma maior autonomia no trabalho, iniciativa, responsabilidade e capacidade organizacional; aperfeiçoar competências de comunicação adequada sobre a prática clínica e os resultados obtidos para que compreendam o que se fez, como se fez e porque se fez.

A metodologia utilizada para a concretização do relatório foi a metodologia descritiva, analítica e reflexiva pois permitiu-me, através de um carácter narrativo, de uma forma detalhada e objectiva, descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do Estágio Clínico.

Com a opção estrutural em três partes pretendo facilitar a sua consulta através da sistematização e clarificação da informação contida. A divisão por objectivos permitiu-me identificar a consecução de estratégias implementadas para a aquisição e aperfeiçoamento de competências. Estão identificadas por introdução, análise e reflexão crítica das competências desenvolvidas e aperfeiçoadas, e pela conclusão.

Na introdução procedo ao enquadramento global do curso e estágio, os módulos realizados e sua justificação, a escolha e caracterização sumária dos locais de estágio.

No desenvolvimento exponho o desempenho efectuado em cada campo de estágio, estabeleço a relação entre os objectivos específicos a que me propus e a aquisição de conhecimentos teórico-práticos que permitiram a realização de actividades, a evolução dos saberes e cuidados para saberes e cuidados específicos, descrevendo as experiências vivenciadas mais marcantes.

Na conclusão reflecto sobre a concretização dos objectivos propostos, dos resultados obtidos e aprendizagens e reflexões auferidas que permitiram mudanças na prática profissional

e pessoal e que se vão reproduzir na capacidade de resposta mais eficaz aos problemas da área da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, ao doente adulto e idoso crítico.

Os ganhos obtidos pela concretização do estágio clínico repercutem-se ao nível da equipa multidisciplinar com as quais tive contacto, pela partilha e troca de experiências e saberes, a aquisição e o aperfeiçoamento de competências, objectivando a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados que se traduzem em ganhos em saúde. Estas competências originaram saberes e conhecimentos específicos que foram extrapolados para o meu contexto profissional, pretendendo-se mudança positiva na equipa multidisciplinar que integro.

O estágio é um período essencial na formação de enfermeiros. A competência só existe quando é aplicada, isto é, a sua produção cabe à escola e ao local da sua aplicação, tendo este último uma intervenção crucial na sua aquisição. Pretende-se o desenvolvimento de autonomia, iniciativa, responsabilidade, criatividade e poder de decisão fundamentadas num pensamento crítico-reflexivo, traduzindo-se na capacidade organizacional e desenvolvimento de competências passíveis de comunicar o que foi feito, como foi feito e porque foi feito.

## ABSTRACT

This document comes in the context of the course report inserted in the syllabus of MSc in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing for the degree of Master of Nursing in the area of specialization.

With this report I intend to give visibility to the journey performed over the clinical training and their modules performed in the Medical Intensive Care, in Hospital Pedro Hispano, the Emergency Service, in Hospital de Braga and North Regional Branch of the Instituto Nacional de Emergência Médica.

Assuming that the transformation of the experiences of clinical training in new skills and knowledge is not a simple task, with the completion of this report I set myself to develop an independent and reflective learning; forward the development and learning obtained during the clinical training, vehicle of improvement of personal and professional skills. Demonstrate a capacity for reflection, decision making and critical thinking about clinical practice, action taken, identification and analysis of situations-problem proposing solutions properly justified, develop a greater work autonomy, initiative, responsibility and ability organizational; improving communication skills on appropriate clinical practice and outcomes to understand what was done, as has been done and why it was done.

The methodology used to implement the report's methodology was descriptive, analytical and reflective as it allowed, through a narrative character, in a detailed and objective, describes the experiences, the situations-problem encountered, solutions proposed and the difficulties experienced during implementation of the Clinical Training.

With the option structure in three parts, I intend to facilitate their consultation through systematization and clarification of the information contained. The division by goal allowed me to identify the strategies implemented to achieve the acquisition and improvement of skills. They are identified by introduction, analysis and critical thinking skills developed and refined, and by conclusion.

In the introduction, I provide to the global travel and training, the modules implemented and its justification, the choice and brief characterization of the local stage.

In the development, I expose the performance run at each training field, I establish the relationship between the specific objectives that I proposed and the acquisition of theoretical and practical knowledge that allowed the execution of activities, the evolution of knowledge and knowledge to care and specific care, describing the experiences more memorable.

In the conclusion, I reflect on the achievement of objectives, outputs and learning and reflections received that allowed changes in professional practice and personal and it will play in responding more effectively to the problems of the area of specialization in medical-surgical nursing, to the critically ill adult and elderly.

The gains obtained by the completion of clinical stage passed to the level of the multidisciplinary team with whom I had contact, by sharing and exchanging experiences and knowledge, the acquisition and improvement of skills view to its being the improvement of nursing care provided that translate into health gains. These skills led to knowledge and expertise that were extrapolated to my professional context, the objective being positive change in the multidisciplinary team which I belong.

The internship is a crucial period in the training of nurses. The jurisdiction exists only when it is applied, that means, its production is made by the school and by the place where it is applied, this last one having a crucial role in its acquisition. The aim is to develop autonomy, initiative, responsibility, creativity and decision-making based on critical thinking and reflective, resulting in organizational capacity and skills development which could communicate what was done, how it was done and why it was done.



“Não sigas por caminhos feitos,  
Abre antes o teu caminho e deixa um trilho.”

Muriel Strode



## AGRADECIMENTOS

Não esquecendo todos aqueles que, directa ou indirectamente, deram o seu contributo para que este estágio se realizasse, considero pertinente agradecer:

- À Sra. Enfermeira Amélia Rego pelo acompanhamento e orientação ao longo deste estágio agindo como elo de ligação da escola-instituição;
- Às Sras. Enfermeiras e aos Srs. Enfermeiros Tutores por terem contribuído para que a minha integração no seio da equipa multidisciplinar fosse a melhor possível;
- A todas as equipas com as quais tive o prazer de trabalhar, pela sua simpatia e pelo apoio prestado durante os diferentes módulos do estágio;
- Aos Meus Pais e à minha irmã pela compreensão e pelo apoio incondicional que sempre demonstraram;
- E por fim às Enfermeiras e Enfermeiros e às Técnicas e aos Técnicos de Ambulância e Emergência da Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Vila do Conde, simplesmente por terem estado lá quando precisei...

A todos, o meu muito obrigada.



## ÍNDICE

	Pgs.
<b>0. <u>INTRODUÇÃO</u></b>	17
<b>1. <u>ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS</u></b>	22
<b>2. <u>CONCLUSÃO</u></b>	56
<b>3. <u>REFERÊNCIAS</u></b>	64
<b>4. <u>ANEXOS</u></b>	67
Anexo I – Descrição pormenorizada dos serviços e meios	
Anexo II – Folha de Transferência de Enfermagem	
Anexo III – Estudo de Caso	
Anexo IV – Formação “Nutrição na Doença Renal Crónica” e panfleto informativo	
Anexo V – Formação “Gestão do Risco Profissional”	
Anexo VI – Norma do Transporte Intra-hospitalar e Norma do Transporte Inter-hospitalar	
Anexo VII – Formação “Intoxicações”	
Anexo VIII – Formação “Gripe A”	
Anexo IX – Formação “Via Verde Coronária”	
Anexo X – Formação “Transporte de Doentes Críticos”	



**LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS	<i>Bispectral Index</i>
CCEM - OM	Comissão de Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos
CCI	Comissão de Controlo de Infecção
CIAV	Centro de Informação Anti-Venenos
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CVC	Cateter Venoso Central
DCV	Doenças Cardiovasculares
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DVC	Doença Vascular Cerebral
EEMC	Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgica
EMC	Enfermagem Médico-cirúrgica
HQS	<i>Health Quality Service</i>
HPH	Hospital Pedro Hispano
IACS	Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OPCEM	Operador de Central de Emergência Médica
PCR	Paragem Córdio-Respiratória
RENDA	Registo Nacional de não Dadores
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SBV	Suporte Básico de Vida
SCIM	Serviço de Cuidados Intensivos Médicos
SIV	Suporte Imediato de Vida
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU	Serviço de Urgência
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
%	Porcentagem





## **0. INTRODUÇÃO**

Este Relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular Relatório, inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), para a obtenção do grau de mestre em enfermagem na área da especialização.

O relatório, integrado no contexto do curso de natureza profissional da EEMC, pretende dar relevância e visibilidade ao processo formativo de aquisição, treino e desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade, desenvolvendo a capacidade de explicar as situações da prática e construindo saber a partir da reflexão sobre a prática, que ilustram o esforço, os progressos, as aquisições e as realizações em diferentes níveis, realizados durante o estágio clínico.

Os estágios foram realizados em serviços e unidades de saúde protocoladas com a Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde que ofereceram condições para a realização dos mesmos e simultaneamente orientados por um professor da área, e tutorados por enfermeiros especialistas/peritos com experiência profissional relevante na área da especialização.

O ensino de enfermagem tem dois eixos estratégicos à volta dos quais se estrutura o processo de formação: o ensino teórico e o ensino clínico. Durante a formação clínica pretende-se o desenvolvimento de capacidades criativas, reflexivas, críticas de acentuada componente interactiva e grupal.

A realização do Estágio Clínico no contexto da Especialidade Médico-Cirúrgica tem por objectivo assegurar, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridas em contacto directo com o doente crítico, a aprendizagem do planeamento, a prestação e a avaliação dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro aplica os conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais, transforma os conhecimentos em saberes e saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitam a construção das competências e do agir profissional adequado a cada situação.

A intervenção concertada dos cuidados de enfermagem assenta na procura de conhecimentos válidos em cursos pós-graduados, cursos profissionais, frequência de congressos ou consulta de artigos e estudos com reconhecida validade científica. O enfermeiro ambiciona a especialização para um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, objectivando uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do doente.

O enfermeiro ao exercer a sua especialização proporciona benefícios efectivos na saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, assegurando a continuidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de uma aprendizagem autónoma e reflexiva é fundamentado na actualização periódica dos registos diários da prática, das acções realizadas, da identificação e análise de situações-problema e do desenvolvimento de soluções devidamente fundamentadas, à medida que se vivenciam as experiências, tendo em vista o aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Perspectiva-se o desenvolvimento de uma capacidade de organização, pensamento crítico e uma maior autonomia no trabalho através do desenvolvimento de competências determinantes para a optimização dos cuidados prestados.

Com a obtenção de novos conhecimentos e saberes e com a aquisição de novas competências, o enfermeiro torna-se veículo de mudança através da comunicação adequada sobre a prática realizada, os resultados obtidos e a transmissão de propostas fundamentadas para que os elementos da equipa multiprofissional compreendam o que se faz, como se faz e porque se faz.

A análise dos indicadores de medida de avaliação de processo e de resultado utilizados pelo enfermeiro especialista permite validar as actividades realizadas, a identificação e discussão de situações-problema e o desenvolvimento de soluções devidamente consolidadas, avaliando, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas no processo de saúde/doença do indivíduo, família e comunidade, influenciando a decisão dos responsáveis organizacionais e políticos.

A aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização é obtida através de uma intervenção concertada na área da enfermagem ao doente adulto e idoso em estado crítico e família, tendo em conta que se encontram inseridos numa comunidade, atendendo aos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, descritos no Código Deontológico dos Enfermeiros e integrados no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

O estágio é um período essencial na formação de enfermeiros. A competência só existe quando é aplicada, isto é, cabe à escola e ao local da sua aplicação a produção de competências tendo este último uma intervenção crucial na sua aquisição. Pretende-se o desenvolvimento de autonomia, iniciativa, responsabilidade, criatividade e poder de decisão fundamentadas num pensamento crítico-reflexivo, traduzindo-se na capacidade organizacional e desenvolvimento de competências passíveis de comunicar o que foi feito, como foi feito e porque foi feito.

A Unidade Curricular Estágio foi dividida em 3 módulos num total de 540 horas: Módulo I – Serviço de Urgência (SU); Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Módulo III – Opcional.

O Módulo I foi concretizado no Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Braga compreendido entre 6 de Outubro e 29 de Novembro de 2009. O campo de estágio foi-me proposto pela Comissão Coordenadora do Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC. Considero o SU um dos locais qualificados para assumir a responsabilidade integral do doente crítico que vivencia processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passível de

originar risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

O Hospital de Braga localiza-se em Braga e foi fundado pelo Arcebispo Dom Diogo de Sousa em 1508 e equiparado a Hospital Central em 17 de Novembro de 1992. Em 2003 entra em funcionamento o novo Serviço de Urgência, designado Serviço de Urgência Polivalente, o nível mais diferenciado de resposta ao doente urgente/emergente. Foi acreditado na sua totalidade em 2004, pelo *Kings Fund Health Quality Service* (HQS), sendo o hospital de referência da região do Minho.

O Módulo II foi realizado no Serviço de Cuidados Intensivos Médicos (SCIM) do Hospital Pedro Hispano (HPH) no período de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009. A opção por este campo de estágio resultou de uma motivação pessoal fruto do interesse pelo doente crítico. Considero a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) o local mais qualificado para assumir a responsabilidade integral dos cuidados a doentes críticos, ou potencialmente críticos, com disfunção orgânica. Permite a prestação de cuidados globais e especializados recorrendo a recursos humanos altamente especializados munidos de meios avançados de monitorização, recursos terapêuticos e instalações diferenciadas respondendo às necessidades dos doentes.

O HPH localiza-se em Matosinhos e está integrado na Rede de Referência Hospitalar. Esta instituição hospitalar abrange as populações dos concelhos de Matosinhos, Vila do Conde e Póvoa de Varzim. O SCIM é um serviço integrado no Departamento de Emergência e Medicina Intensiva e tem a lotação de oito camas, sendo três delas de isolamento. Admite preferencialmente doentes do foro médico em estado crítico.

No Módulo III foi escolhido como campo de estágio o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Este estágio decorreu de 2 de Dezembro de 2009 a 30 de Janeiro de 2010. A opção por este local baseou-se no facto de ser a área para a qual dirigi a minha formação profissional. O enfermeiro em contexto pré-hospitalar é relativamente recente tendo quase duas décadas de existência. Encaro a sua presença fundamental porque possui competências humanas, técnicas e científicas adequadas para a prestação de cuidados ao doente crítico e família, inseridos na comunidade. A sua prestação é autónoma e interdependente, integrada numa equipa especializada, em situações de emergência.

O estágio foi realizado na Delegação Regional do Norte do INEM, no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e nos meios Ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV), Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Ao enfermeiro de urgência, de cuidados intensivos e da emergência pré-hospitalar é pedido capacidade para lidar com situações cruciais a uma velocidade e precisão mais elevadas que noutros serviços. É-lhe exigido um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas, implicando cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino e encaminhamento a nível intra e inter-hospitalar para melhorar ou manter a qualidade de vida ou mesmo colmatar na finitude, integrando informação competente, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades.

Partindo do pressuposto que a transformação das experiências do ensino clínico em novos saberes e conhecimentos não é uma tarefa simples, com a realização deste relatório reflexivo proponho-me atingir os seguintes objectivos específicos:

- ✦ Desenvolver uma aprendizagem autónoma e reflexiva;
- ✦ Transmitir o desenvolvimento e aprendizagem obtidos durante o ensino clínico veículo do aperfeiçoamento de competências pessoais e profissionais;
- ✦ Demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, acções realizadas, identificação e análise de situações-problema propondo soluções devidamente fundamentadas;
- ✦ Desenvolver uma maior autonomia no trabalho, iniciativa, responsabilidade, pensamento crítico e capacidade organizacional;
- ✦ Aperfeiçoar competências de comunicação adequada sobre a prática clínica e os resultados obtidos para que compreendam o que se fez, como se fez e porque se fez;
- ✦ Obter o título de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A metodologia utilizada para a concretização deste relatório foi a metodologia descritiva, analítica e reflexiva pois permite, através de um carácter narrativo e descritivo, de uma forma detalhada e objectiva, descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do Estágio Clínico.

A opção estrutural em três partes pretende facilitar a sua consulta através da sistematização e clarificação da informação contida. A divisão por objectivos permitiu identificar a consecução e estratégias implementadas para a aquisição e aperfeiçoamento de competências. Estão identificadas por introdução onde se procede ao enquadramento global do curso e estágio, os módulos realizados e sua justificação, a escolha e caracterização sumária dos locais de estágio.

No desenvolvimento pretendi transmitir o desempenho efectuado em cada campo de estágio, estabelecer a relação entre os objectivos específicos a que me propus e a aquisição de conhecimentos teórico-práticos que permitiram a realização de actividades, a evolução dos saberes e cuidados para saberes e cuidados específicos, descrevendo as experiências vivenciadas mais marcantes.

A aquisição, desenvolvimento, aperfeiçoamento e consolidação de conhecimentos, capacidades e competências foram conseguidas através da reflexão sobre a prática, identificando e resolvendo problemas dos doentes, família e situações-problema. Essas reflexões traduziram-se na realização de diversos documentos elaborados neste Ensino Clínico, que descrevem alguns dos momentos mais marcantes e que constituíram meios importantes para a aprendizagem, que complementam a argumentação, e que remeto para anexo.

Na conclusão reflecto sobre a concretização dos objectivos propostos, dos resultados obtidos e aprendizagens e reflexões auferidas que permitiram mudanças na prática profissional

e pessoal e que se vão reproduzir na capacidade de resposta mais eficaz aos problemas da área da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, ao doente adulto e idoso crítico.

No decurso da realização do estágio clínico e da elaboração do relatório, foram consultadas diversas fontes bibliográficas e cibergráficas, que auxiliaram na construção e fundamentação teórica das actividades desenvolvidas e do presente relatório. As referências bibliográficas foram apresentadas de acordo com a Norma Portuguesa - 405.

## **1. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ACTIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS**

O processo de formação da disciplina de enfermagem assenta sobre dois eixos estratégicos: o ensino teórico e o ensino clínico. Neste último, pretende-se o desenvolvimento de capacidades criativas, reflexivas, críticas de acentuada componente interactiva e grupal.

O ensino clínico permite aos alunos aprofundar e desenvolver os saberes adquiridos nas unidades curriculares teóricas, numa aquisição progressiva de competências e na integração global dos conhecimentos. Nesta perspectiva, são o meio para a obtenção do Saber-Saber, Saber-Fazer e Saber-Ser na área da Enfermagem.

Com a sua prestação, o enfermeiro aplica os conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais, transforma os conhecimentos em saberes e saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitem a construção das competências e do agir profissional, adequado a cada situação.

A formação humana, técnica e científica do enfermeiro garante a adequada prestação de cuidados ao doente crítico, numa prestação autónoma e interdependente, na equipa especializada. A aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da EEMC é auferida através de uma intervenção concertada na área da enfermagem ao doente adulto e idoso em estado crítico e família, em contextos da emergência, urgência e intensivismo.

A Unidade Curricular Estágio foi dividida em três módulos sequenciais concretizados no Serviço de Urgência do Hospital de Braga, Serviço de Cuidados Intensivos Médicos do Hospital Pedro Hispano e emergência pré-hospitalar nos vários meios do Instituto Nacional de Emergência Médica, cuja descrição pormenorizada dos serviços e meios remeto para anexo. (Anexo I)

Para os estágios referidos, a Comissão Coordenadora, com base no plano de estudos, propôs objectivos gerais e objectivos específicos. Foram estipuladas actividades a desenvolver no percurso do estágio clínico, onde se inserem alguns indicadores, para que os objectivos possam ser concretizados. Após uma conversa informal realizada com os enfermeiros tutores, e mediante o conhecimento da realidade envolvente, foram efectuadas alterações relativamente às actividades a desenvolver e consequentemente dos indicadores relacionados para mensuração da concretização das competências.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007) classifica as competências em *comuns* quando todos os especialistas as possuem, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no

âmbito da formação e investigação; e em competências *específicas* que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Neste capítulo procederei à análise e reflexão crítica das actividades desenvolvidas ao longo dos estágios que decorreram nos serviços e meios anteriormente referidos. Realizar-se-á também a análise das competências adquiridas, situações-problema encontradas e estratégias implementadas para a sua resolução.

**Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.**

O enfermeiro incorpora o “saber-ser”, o “saber-estar”, o “saber-saber” e o “saber-fazer”, adquiridos durante a sua vida pessoal e profissional, aplica os conhecimentos específicos e desenvolve capacidades profissionais, transforma os conhecimentos em saberes e saberes específicos invocando recursos que permitem a construção das competências e do agir profissional, adaptando-os a cada situação.

As competências comuns a todos os especialistas adquirem-se da elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados recorrendo a um suporte efectivo baseado na formação e investigação enquanto as competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção da EMC, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (OE, 2007)

A prestação de cuidados ao doente crítico/emergente exige dos enfermeiros um saber actualizado e especializado em Enfermagem que implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa e capacidade de pensamento crítico entendido por Silva como *“um julgamento intencional, e auto-regulável, que resulta da interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como da explanação das evidências, considerações conceptuais, metodológicas, contextuais ou critérios em função dos quais o julgamento foi baseado.”*<sup>1</sup>

Para que o agir profissional se adeque à realidade envolvente, tornou-se necessário consultar o Manual de Integração de Profissionais/estagiários e o Plano de Integração, fundamentado nas Normas e Protocolos adoptadas pelas instituições.

Dada à especificidade do SCIM, foi-me sugerido efectuar um percurso semelhante ao realizado pelos novos elementos no serviço. Assim, os primeiros dias foram para conhecer genericamente a estrutura física e organizacional, para consultar o Manual de Integração dos Enfermeiros e o Plano de Integração. Aproveitei também para consultar os protocolos e as normas implementadas na unidade. Só assim a prestação de cuidados se torna semelhante, apesar do cunho pessoal de cada enfermeiro, tendo em conta o bem comum para o doente.

<sup>1</sup> SILVA, M. A. – Capacidade e disposição para o pensamento crítico em enfermagem: adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: [s.n], 2000.

Por sua vez, no SU de Braga preconiza-se uma reunião entre o Enfermeiro Chefe e o Enfermeiro onde é formalizado um compromisso alicerçado na descrição nominal de funções, sendo atribuídas funções adicionais em consenso com o enfermeiro. Estas últimas conferem, é certo, mais trabalho mas promovem a pesquisa, estudo e reflexão, objectivando a mudança, aumentando o nível de conhecimentos, de satisfação e de realização pessoal e grupal. De forma comum, estão à disposição Normas, Protocolos e Manual de Integração de novos Profissionais/estagiários e o Plano de Integração, entre outros variadíssimos documentos. Isto permitiu que durante a minha prestação de cuidados fosse de encontro às orientações definidas, permitindo-me otimizar o plano de cuidados em momentos críticos como na prestação na Sala de Emergência e Sala de Trauma, minimizando o tempo de actuação à medida que a duração do estágio clínico evoluía.

Na Emergência Pré-hospitalar não existe um Manual de Integração de Profissionais ou Estagiários sendo que o documento orientador é o Regulamento de Estágios em Meios INEM/CODU. Nos diferentes meios consultei manuais, protocolos, procedimentos e normas específicas de cada um.

Admitindo-se uma integração progressiva, gradual e responsável, comecei por observar e colaborar nos cuidados mais diferenciados, para após os executar com supervisão dos enfermeiros tutores e finalmente com autonomia pois, no exercício das nossas funções, o contacto com doentes e situações complexas nem sempre se apresentam como descrito nos livros ou como ensinado.

A prestação de cuidados em contexto do intensivismo e urgência foi fundamentada pelo processo de enfermagem individual e personalizado do doente, tendo em conta a avaliação inicial, formulação de diagnósticos/focos da prática de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação de cuidados.

Assim, permeabilizei a via aérea controlando a estabilização cervical do doente através da utilização com cânula orofaríngea, aspiração de secreções após a administração de bólus de oxigénio a 100%, optimizei a ventilação do doente através do aperfeiçoamento de competências na manipulação dos diferentes tipos de ventilação e modos ventilatórios, posicionando o doente de forma a evitar a aspiração de vómito e secreções, aperfeiçoando a prestação de cuidados ao doente com entubação orotraqueal. Tive em conta a circulação com controlo de hemorragia através da aplicação de fluidoterapia, fármacos e derivados de sangue para reposição da volémia, controlando hemorragias externas visíveis, arrefecendo o doente com vigilância, reavaliando o estado neurológico através da avaliação da escala de coma de *Glasgow*, avaliação de pupilas e promovendo a exposição com controlo da temperatura atendendo à privacidade do doente.

Esta forma de actuação permitiu-me a aquisição de competências na prestação de cuidados ao doente adulto e idoso em estado crítico, reflectindo na sua fundamentação através da consulta de normas, protocolos e cuidados fundamentados em orientações e *guidelines* nacionais e internacionais. A prestação de cuidados perspectiva a sua optimização ao doente e família, permitindo-lhes um elevado nível de satisfação concomitantemente aliada a uma



satisfação pessoal e profissional conseguida por uma maior adaptação e autonomia no trabalho.

Nas actividades desenvolvidas tive o cuidado de integrar os conhecimentos adquiridos na prática pessoal e profissional, do curso base e da formação pós-graduada através da interacção com enfermeiros com saberes distintos e outros profissionais de saúde, tendo em vista a optimização da prestação de cuidados ao doente e família.

### **Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.**

A assistência ao doente crítico/emergente exige a necessidade premente de cuidados especializados e diferenciados. Porém, no SCIM e na emergência pré-hospitalar não existiam EEMC talvez devido ao conceito actual de gestão de recursos humanos e ao desconhecimento da realidade do pré-hospitalar, respectivamente.

No entanto, apesar de não existirem EEMC, tive como referência enfermeiros peritos na assistência pré-hospitalar. Estes profissionais procuram enriquecer o seu currículo profissional através de formação na área, recorrendo a pós-graduações, cursos profissionais, congressos ou consulta de artigos com reconhecida validade científica. De acordo com Benner (2005), inquestionavelmente com a experiência e o domínio adquiridos na excelência da prática clínica de enfermagem, a competência transforma-se e essa mudança conduz a uma melhor actuação transformando-se num enfermeiro perito.

Indo de encontro ao conteúdo funcional expresso em Decreto-Lei, tendo em conta o referencial do enfermeiro/enfermeiro especialista tutor, em todos os locais de estágios, planeei, coordenei e desenvolvi intervenções no domínio da especialização; identifiquei as necessidades logísticas e promovi a melhor utilização dos recursos adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar; desenvolvi e colaborei na formação interna e integrei grupos de trabalho (na SIV de Santo Tirso); orientei os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais no que concerne à definição e utilização de indicadores. Colaborei nos projectos de formação através da orientação de estudantes de enfermagem e de outros enfermeiros na prestação de cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades.

Corroborando o que me é exigido, como enfermeiro do curso de EEMC, dinamizei e estimulei a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional, promovi a discussão de casos clínicos para a uniformização e optimização dos cuidados ao doente e família. Proporcionei a prestação de cuidados ao doente crítico/emergente e supervisionei o processo de enfermagem promovendo a sua constante actualização.

A importância do EEMC foi consolidada não só durante a parte teórica do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas também durante o estágio profissional, pelos Enfermeiros tutores, e percebido pela observação, responsabilidade e reconhecimento atribuído pelos colegas e por outros grupos profissionais.

Em todos os locais de estágio, face à disponibilidade da equipa, o índice de procura do enfermeiro de referência pelos doentes e família ronda os 100%. É frequente a procura para esclarecimento de terapêutica, ensinamentos sobre alimentação, hidratação, posicionamentos, no fundo esclarecimentos sobre a continuidade de cuidados. O esclarecimento de dúvidas diminui os níveis de ansiedade, reforça conhecimentos, perspectiva a autonomia do doente ou, na sua impossibilidade, a aquisição de competências é geradora de mudança para o aumento da qualidade de vida do doente. Por parte do enfermeiro existe uma satisfação pessoal e profissional, perfilhando as orientações da qualidade institucional, por ser o motivador de mudança positiva.

No SCIM a satisfação dos doentes e família aos cuidados prestados é expressa diariamente mas, oficialmente, é obtida pela análise de um questionário fornecido à família do doente internado, avaliado semestralmente pelo Director de Serviço e Enfermeiro Responsável e observado pelos agradecimentos presenciais e cartas/cartões de agradecimento dos cuidados prestados afixados na sala de convívio do pessoal.

### **Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC.**

A exigência de cuidados do doente crítico/emergente implica procedimentos de enfermagem sólidos pelo que compete ao enfermeiro especialista em EMC velar pelos cuidados prestados pelos enfermeiros e por outros elementos. Este aspecto necessitou que durante a prática de enfermagem fosse criado e mantido um ambiente de cuidados seguro, através de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, não só para segurança do doente, como também de todos os profissionais.

Coube-me como enfermeira do curso de especialização em EMC adoptar uma postura exemplar, distribuir sabiamente os recursos disponíveis, tendo em conta que a realidade pode ser rapidamente alterada mediante uma ou mais situações críticas, demonstrando, entre outras, rapidez de raciocínio, flexibilidade e fiabilidade ideológica, para que seja encarado como modelo a adoptar.

A minha prestação fundamentou-se nos conhecimentos e conteúdos que pesquisei e reflecti, procurando novas *guidelines*, procedimentos e domínio de equipamentos de forma a ser influenciadora de mudança positiva. Quando necessário alertei sobre posturas e procedimentos menos correctos perspectivando a optimização dos cuidados prestados.

Com o intuito de aumentar a satisfação dos doentes e da equipa multiprofissional, tendo em conta os padrões de qualidade com os quais o HPH se identifica, numa conversa informal com o enfermeiro tutor e na pesquisa das encadernações de apoio, foram detectados indicadores de qualidade. Estes trabalhos analisam a percentagem de doentes submetidos a acção de contenção, de doentes algaliados, de doentes entubados, de cateter venoso central (CVC), de infecções urinárias, de infecções do cateter e de reinternamentos na Unidade.

Através da concretização dos objectivos anteriormente referidos pude adquirir competências e atingir o objectivo geral “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica”.

### **Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.**

Durante o estágio no SCIM verifiquei que o método individual prevalece, com a recorrência da cooperação dos cuidados. Após discussão com os enfermeiros tutores percepcionei que este método permite ao enfermeiro assumir a responsabilidade global dos cuidados que presta, individualizando-os, exigindo mais responsabilidade e conhecimento, humanizando e garantindo a qualidade nos cuidados prestados, promovendo a satisfação profissional, do doente e família.

Com a evolução histórica a enfermagem tornou-se numa ciência inicialmente orientada pela medicina e, posteriormente, erigindo-se em torno de um currículo organizado, permitindo a sua construção como disciplina e profissão. O Processo de Enfermagem, definido por Phaneuf, como um *“processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada”*<sup>2</sup> foi concretizado em cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação.

A planificação dos cuidados permitiu a oferta de cuidados lógicos e não aleatórios, de uma forma profissional e sistemática, auxiliando-se das capacidades cognitivas, técnicas e interpessoais *“visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada.”*<sup>3</sup>

Procedi à avaliação inicial em *“busca de informação feita a partir de diversas fontes, a fim de descobrir o grau de satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções susceptíveis de a ajudar”*<sup>4</sup> registando no Sistema de Informação de Enfermagem praticado no SCIM, que utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), documentado com base na aplicação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Escolhi os focos da prática de enfermagem adequados ao doente, intervenções de enfermagem e atitudes a realizar no plano de cuidados, procedendo à sua implementação e registo, avaliando sistematicamente a adequação e actualização dos cuidados e focos da prática de enfermagem.

Com a realização dos registos de enfermagem detectei que alguns focos da prática de enfermagem que se relacionam com as atitudes desenvolvidas não eram formulados. Mais, assinalai ao enfermeiro tutor que algumas das actividades concretizadas durante a prestação de cuidados não eram duplicadas/triplicadas no sistema informático, pelo que incentivei os profissionais a proceder em conformidade. Apenas o registo adequado do que é feito permite que os cuidados de enfermagem sejam percepcionados e contabilizados, justificando a

<sup>2</sup> PHANEUF, M. – Planificação de cuidados: um sistema integrado personalizado. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

<sup>3</sup> Idem

<sup>4</sup> Idem.

redistribuição da gestão de recursos humanos, tendo em conta as reais necessidades dos doentes.

Face às patologias mais frequentes no serviço (sépsis por agente infeccioso adquirido na comunidade, *status* pós paragem cardio-respiratória - PCR, enfarte agudo do miocárdio, pneumonia, falência renal) procedi ao registo informático do Sistema de Informação em Enfermagem, utilizado a cerca de 90% dos doentes internados a cargo do enfermeiro tutor durante os dias de estágio. Destes, na sua totalidade, precisaram de continuidade de cuidados de enfermagem após a transferência, quer seja intra como inter-hospitalar.

Colaborei na supervisão clínica dos cuidados colaborando com o enfermeiro responsável do serviço. Desta supervisão era hábito frequente a comunicação via *on-line* e verbalmente, durante as passagens de turno, sobre as práticas dos registos, procurando a generalização dos cuidados, a qualidade dos mesmos e a satisfação profissional dos elementos da equipa de enfermagem. Esta prática permitiu-me realizar índices de qualidade de acordo com o serviço tendo-se verificado 95% na realização e optimização dos registos de enfermagem efectuados no SAPE.

Para assegurar o cuidado de alta qualidade e a continuidade do tratamento do doente que é transferido intra ou inter-hospitalar, uniformizando critérios, propus uma Folha de Transferência de Doentes a adicionar ao processo de enfermagem informatizado. A sua apresentação foi efectuada numa formação sobre o Transporte de doentes, após a discussão da sua pertinência com o enfermeiro tutor e enfermeiro responsável pelo SCIM. (Anexo II)

Face à experiência internacional implementada em Manchester em 1997, Portugal importou a Triagem de Manchester ficando o atendimento mais adequado nos SU dos diversos hospitais, em função do critério clínico, uniforme e sistematizado. Concordo com o Grupo de Trabalho de Urgências quando refere que esta metodologia permite identificar precocemente o doente emergente de uma forma objectiva e contínua ao longo do tempo, possibilitando o eficaz racionamento do pessoal e a protecção do profissional com a identificação efectiva do doente urgente/emergente.

A triagem de Manchester, por si só, não garante o bom funcionamento do SU. É necessário que o Conselho de Administração efectue os investimentos necessários para promover e concretizar a reestruturação funcional e física, de forma que os objectivos preconizados pelos protocolos na gestão do doente sejam cumpridos. Como recomendado pelo Ministério da Saúde (2007) na organização dos espaços do serviço de urgência, a sala de triagem possui capacidade de avaliação de dois doentes em simultâneo. Porém, não existe qualquer tipo de isolamento sonoro que garanta a privacidade ao doente em processo de triagem quer dentro da sala de triagem, quer para o corredor de acesso ao SU, estando esta divisão conferida por uma cortina. Procedi ao diálogo com o tutor de estágio desta inconformidade tendo sido informada que com as obras de remodelação, promovidas pelo novo conselho de administração, provavelmente seria corrigida esta situação para que a qualidade dos cuidados, com privacidade, fosse garantida.

Os doentes urgentes e muito urgentes (amarelos e laranjas) entravam directamente para o corredor do SU e aí permaneciam até serem avaliados pelos médicos, sendo frequente a superlotação. Reflecti sobre a necessidade de implementar circuitos de encaminhamento/gestão de doentes após a triagem de prioridades que promovam o atendimento mais célere e clinicamente adequado, em função das necessidades do doente e das realidades clínicas, funcionais, arquitectónicas e outros aspectos conjunturais relevantes e particulares a cada hospital, alicerçando a sua fundamentação no recomendado pelo Grupo de Trabalho de Urgências norteados pelo Ministério da Saúde, comunicando ao enfermeiro tutor as reflexões emanadas.

Durante a minha prestação no estágio clínico procedi à triagem de Manchester de diversos doentes aos quais foram atribuídas várias prioridades, atendendo aos critérios de triagem. Atingi uma percentagem de 100%, adquirindo competências na triagem de doentes, que, até ao momento, me era totalmente desconhecida.

A Carta de Transferência de Enfermagem no SU torna-se fundamental para a continuidade dos cuidados. Apesar de não estar instituída, segundo informações que adquiri com a equipa, foi proposta à chefia e aguarda parecer positivo para a sua concretização. Isto originava que toda a informação cedida sobre ensinamentos de terapêutica, alimentação, posicionamento e cuidados fosse verbal. Para que não houvesse perda da mensagem constatei a necessidade do reforço da informação tendo procedido em conformidade. A aquisição de novas competências pelo doente/família exigia uma maior dedicação e o aumento da taxa de ocupação do enfermeiro.

Em contexto pré-hospitalar, o facto de todos os profissionais utilizarem a mesma linguagem foi facilitador na abordagem da vítima tendo sido percepcionado em várias acções onde actuavam, em conjunto, meios INEM (SBV, SIV e VMER).

A minha experiência no pré-hospitalar e conhecimento de causa facilitou a integração, verificando-se uma adaptação progressiva e responsável. De forma contínua aclimatei-me ao CODU e meios, doente, família e equipa multidisciplinar, contribuindo para a uniformização dos cuidados prestados.

De forma a desenvolver a minha concepção de cuidados baseados na evidência, elaborei um estudo de caso como uma estratégia de pesquisa. O objectivo da sua realização é explorar, descrever, explicar, analisar e avaliar contextos complexos de forma a conhecer o como e o porquê para, por fim, ser objecto de mudança e de conhecimento próprio e válido.

Ponte (2006) considera que o estudo de caso é *“uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.”*<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> PONTE, J. P. – Estudos de caso em educação matemática. Bolema, 2006. 25, p. 118.

O Estudo de Caso aplica uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores.

No Estudo de Caso abordei um doente com intoxicação voluntária por organofosforado, com patologia associada determinante para a evolução negativa do estado clínico do doente, ao qual prestei cuidados em colaboração com o enfermeiro tutor no SU do Hospital de Braga. Face ao agravamento do seu estado foi necessária a sua transferência para outra unidade hospitalar para que fossem supridas com mais eficácia e eficiência as necessidades do doente, daí a justificação do seu diminuto contexto temporal. (Anexo III)

No Estudo de Caso, na primeira parte faço uma identificação da pessoa, a contextualização da história e evolução clínica, a definição dos conceitos fisiopatológicos. Na segunda parte, foco a atenção num momento do internamento, apresentando o estado clínico, a medicação efectuada, com uma reflexão sobre a adequação e pertinência da mesma, e apresento um plano de cuidados, utilizando a linguagem classificada (CIPE, versão 1). Na elaboração do plano de cuidados apresento a informação importante para a identificação dos aspectos de saúde relevantes para a prática de Enfermagem e as intervenções com integridade referencial para os Focos da prática de enfermagem.

Acredito que ao realizar o processo de enfermagem individualizado, através de uma perspectiva holística do doente, determinante para a prestação de cuidados de enfermagem através de acções autónomas e interdependentes, permitiu-me aperfeiçoar competências na definição de uma metodologia de trabalho eficaz, optimizando os cuidados prestados ao doente e família aumentando o seu nível de satisfação bem como a satisfação dos elementos da equipa e pessoal.

### **Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Durante a efectivação das chamadas no CODU, colaborei nos aconselhamentos efectuados quer às pessoas no local da ocorrência quer às tripulações dos meios de emergência. Estes conselhos foram fundamentais em situações críticas, como por exemplo, em crianças a convulsivar por febre, controlo de hemorragias externas e colocação em posição lateral de segurança de pessoas com alteração do estado de consciência.

Desta forma, a pessoa iniciava os primeiros socorros até à chegada da equipa diferenciada, podendo fazer a diferença no prognóstico. A minha prestação foi determinante, tendo as competências sido adquiridas na recepção de dados, comunicação e aconselhamento, na prática profissional, percebidas por operadores, enfermeiros e médicos, obtendo 100% de aquisição e aperfeiçoamento em situações de doença súbita ou trauma.

Foram estipuladas relações mais próximas e equitativas pelo facto de estar integrada numa equipa multidisciplinar dinâmica, aprendendo e aperfeiçoando a prática da assistência pré-hospitalar.

Tornou-se fundamental a capacidade de trabalhar com a equipa interdisciplinar e multidisciplinar traduzindo um esforço conjunto para uma detecção precoce, o tratamento mais atempado e o encaminhamento do doente para a unidade hospitalar mais apropriada, com aviso prévio, possibilitando a diminuição da morbilidade e mortalidade, logo, mais ganhos em saúde.

Por Via Verde subentende-se uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves.

Na sequência de trabalhos iniciados em 1998 na Direcção Geral de Saúde, com a colaboração da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Administrações Regionais de Saúde e Instituto Nacional de Emergência Médica, foi criado, em Portugal, o programa da Via Verde Coronária. Este projecto é um modelo de intervenção para o atendimento imediato a doentes vítimas de Doença Cardiovascular súbita (Síndrome Coronário Agudo).

A implementação da Via Verde Coronária perspectiva aumentar a reperfusão na fase aguda do Enfarte Agudo do Miocárdio. Assim, é desejado que a população saiba reconhecer atempadamente os sinais de alerta para que seja rapidamente accionado o número nacional de emergência e activado o meio mais adequado. O doente é encaminhado para o meio hospitalar referenciado mediante comunicação atempada e inclusão do doente na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, para realização de trombólise ou intervenção coronária percutânea, abreviando o tempo de espera no Serviço de Urgência. Acompanhei o doente integrado na Via Verde Coronária ao Serviço de Hemodinâmica para a realização de cateterismo cardíaco.

Realizei cuidados adequados e atempados do doente com acidente vascular cerebral (AVC) efectuando a sua transferência para as unidades mais adequadas.

No SCIM acompanhei e participei activamente na discussão efectuada durante a visita médica diária. A interacção estabelecida com a equipa facilitou o processo de integração e aprendizagem permitindo que fossem alcançadas e mobilizadas competências na capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, obtendo 100% do índice que inicialmente aponte.

Existiu com o enfermeiro tutor e com os elementos da equipa, uma exploração recíproca de competências adquiridas no contexto do plano de cuidados, que promoveu a reflexão crítica diária sobre as mesmas, permitindo desenvolver a capacidade de transferir as competências adquiridas para o meu local de trabalho.

Tive oportunidade de assistir e colaborar com a equipa multidisciplinar em técnicas com as quais estava pouco familiarizada: introdução de diferentes cateteres (arteriais, CVC, *Picco*, diálise), ventilação (ventilação invasiva e não invasiva), monitorização da sedação (através da interpretação numérica do electroencefalograma obtida por um sensor - *Bispectral Index* - colocado no frontal do doente), hemodiafiltração, hemodiálise. Operei à pesquisa bibliográfica

sobre estas temáticas de forma a colmatar falhas. Procedi ao transporte intra-hospitalar de doentes em estado crítico, acompanhando a equipa, para a realização de exames auxiliares de diagnóstico (tomografia axial computadorizada e ecocardiograma transesofágico) que correspondem a uma percentagem de 85% que inicialmente sugeri. Proceder

No SCIM, 90% dos doentes sedados e monitorizados apresentavam alterações nos parâmetros vitais aquando da prestação de cuidados ou realização de técnicas. Neste serviço, a monitorização da dor é monitorizada em intervalos regulares recorrendo ao BIS o que exige uma correcta sedação. Em 67% dos doentes verificou-se uma medição directa dos efeitos anestésicos e sedativos do cérebro através do registo do valor apresentado, concluindo que a sedação e analgesia eram efectivas. Num dos doentes o valor numérico encontrava-se superior ao desejado pela existência de um distúrbio neurológico de base.

Em contexto do pré-hospitalar procedia-se à avaliação da dor com base na *Numeric Rate Scale*, procedendo-se à analgesia conforme o valor atribuído, quando validado pelo médico do CODU, sendo efectuada à globalidade dos doentes.

Durante o estágio clínico adquiri novas competências e aperfeiçoei outras na prestação de cuidados a doentes ventilados invasivamente, ventilação não invasiva e com ventilação mista que possuíam cateter venoso central a nível jugular, subclávia ou femoral. Neste último, para além do acesso venoso central de grande calibre, a obtenção da pressão venosa central permitia obter a pressão de *Picco*, e cateter arterial para avaliação da pressão arterial invasiva a vários doentes que corresponderam a 100% do valor que alvitrei. Colaborei com os enfermeiros do SCIM na montagem, preparação e colocação em funcionamento do sistema de substituição da função renal, no modo de hemodiafiltração e hemofiltração, correspondendo a 100% no indicador de qualidade a que me propus.

Com a colocação e remoção de cateteres invasivos era efectuada a colheita microbiológica dos cateteres e pontas e posteriormente enviados para análise. Do tratamento dos resultados das análises pude calcular que a taxa de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) no SCIM durante o estágio clínico foi inferior a 0,05%, corroborando a taxa anual de infecção de cerca de 1%.

O SICM dispõe de uma enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação pelo que observei e colaborei nos cuidados especializados prestados. As intervenções da enfermeira de reabilitação passaram pela cinesiterapia respiratória para melhorar a função ventilatória, mobilização articular e posicionamento terapêutico com o objectivo de minimizar os efeitos adversos da imobilidade, levantar precoce e exercícios activos, passivos e activo-assistidos por parte dos doentes permitindo o aumento da capacidade funcional e do bem-estar psicológico, diminuindo as incapacidades, a diminuição do tônus muscular e das infecções respiratórias. (Hoeman, 2000; Hesbeen, 2002)

O trabalho desenvolvido com a enfermeira de reabilitação permitiu-me desenvolver conhecimentos e competências baseados em fundamentos teóricos e práticos que procuraram definir objectivos para o máximo de independência funcional, prevenir complicações e reforçar comportamentos de adaptação positiva.



Penso que esta situação salienta o espírito globalizante, humanista e multidisciplinar, que caracteriza a actuação dos profissionais de saúde no SCIM, só assim é possível o desenvolvimento de um processo com sucesso, incorporando o bem-estar físico, psíquico e social que todos os doentes têm direito.

Considero a minha prestação determinante na avaliação inicial, formulação de focos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação de cuidados, no aperfeiçoamento de competências em doentes com activação da via verde. Tive a oportunidade de prestar cuidados a seis doentes que foram incluídos na via verde AVC/Coronária, equivalente a 100% do indicador de avaliação a que me propus inicialmente.

Penso ter criado com as diferentes equipas um espaço de interacção e formação tendo sempre presente os diferentes papéis e responsabilidades, desenvolvendo competências em articulação constante com a equipa inter e multidisciplinar, permitindo a consecução do objectivo inicial.

**Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC.**

Durante o ensino clínico tive oportunidade de colaborar e prestar cuidados de enfermagem a doentes com diferentes índices de gravidade e com variadas patologias. A prestação de cuidados foi efectuada com o máximo de exigência, indo de encontro ao cumprimento de normas, protocolos e procedimentos adoptados.

O internamento numa UCI afecta não só o doente mas também toda a família, reflectindo-se psicológica e socialmente. Muitas vezes o doente é o pilar e o sustento da família que de repente se vê mutilada na sua estrutura. A dinâmica familiar fica alterada sendo necessário detectar necessidades e problemas para possibilitar uma intervenção adequada e eficaz. Importa então estabelecer um elo entre a equipa de enfermagem e a família.

Sempre que possível, observei e colaborei no apoio e esclarecimento dado à família. Forneci, com supervisão, as informações necessárias tendo em conta o nível sociocultural e o estado emocional, bem como a gravidade da situação do doente, com o intuito de esclarecer e acalmar os familiares, pesquisando uma forma específica de resolução dos problemas.

No primeiro contacto com a família é crucial prepará-los para aquilo que vão ver e como vão encontrar o doente. No SCIM, quando um doente é admitido, a família dirige-se à secretária da unidade que os encaminha para a equipa médica no sentido da obtenção de informações. A equipa de enfermagem completa e explicita com informação adequada e relevante.

Forneci um folheto informativo sobre o acolhimento aos familiares e um questionário de satisfação para os mesmos. Na transmissão de informação solicitei aos elementos da família que delegassem numa pessoa a obtenção da referida informação para evitar a sua duplicação. Esta pessoa era identificada para que, se necessário, fosse contactada em caso de

agravamento do estado do doente, transferência, urgência e eventual falecimento se os familiares não se encontrassem presentes.

Torna-se importante identificar e perceber as reais necessidades e as dificuldades das famílias dos doentes internados nestas unidades possibilitando um cuidar consciente, verdadeiro e transformador, aperfeiçoando competências na comunicação interpessoal e competente. Assim, procedi ao estabelecimento de uma relação empática alicerçada na comunicação terapêutica à globalidade dos doentes e família com os quais interagi durante o estágio clínico, resultando na concretização de 100% no indicador de avaliação proposto.

Quando o doente era estabilizado na Sala de Emergência, indaguei a existência de familiares, explicitei e complementei a informação sobre o estado de saúde, informando-os sobre como iriam encontrar o doente. Permiti a sua presença junto do corpo, no processo de despedida, e aceitei a recusa sem ajuizar. Assim, o processo de luto torna-se mais rápido, a ansiedade diminui e a relação terapêutica estabelece-se num ambiente de confiança, disponibilidade e sinceridade.

Consciente da importância da informação no processo de doença, ao próprio ou familiares, procurei fornecer informação adequada e, se ignorasse essa informação, pesquisava-a junto de outros profissionais. Desta forma, alertei a equipa para o esclarecimento de dúvidas e informação aos familiares, se ainda não concretizado.

O motivo do pedido de ajuda é, por norma, um acontecimento crítico para o doente e familiares, gerador de sentimentos, dúvidas, ansiedades e angústias. Sob a supervisão da equipa, forneci informações atendendo ao nível sociocultural, ao estado emocional e à gravidade da situação do doente, com o intuito de esclarecer e acalmar os familiares.

No final de cada saída procedi a uma discussão saudável sobre a prestação dos cuidados ao doente e familiares. Embora breve, pela possibilidade de nova activação, as elações emanadas permitiam detectar possíveis falhas na prestação concertada da equipa. Desta troca de ideias era possível rentabilizar cuidados e recursos com uma maior brevidade, melhorando a prestação dos profissionais.

Este diálogo era estimulado pelos psicólogos disponíveis no INEM. Apesar de nem sempre estarem presentes pessoalmente, estavam disponíveis telefonicamente, sendo possível consultá-los para a exposição de alguma saída mais marcante.

Desta forma, considero ter aperfeiçoado competências teórico-práticas e capacidade de análise no processo de identificação de situações prioritárias e selecção de intervenções adequadas ao doente e família no contexto da emergência pré-hospitalar, atingindo um índice de comunicação superior ao que inicialmente me propus.

### **Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.**

No SCIM é efectuada a consulta de *Follow-up* que consiste na consulta médica e de enfermagem ao doente que teve alta clínica da unidade, sendo realizada em três momentos

diferentes: seis dias, seis semanas e seis meses após a alta clínica. Esta consulta permite avaliar as sensações, medos e receios do doente durante o internamento. Não me foi possível assistir e colaborar numa consulta de *follow-up* por incompatibilidade dos dias, realização em local externo ao serviço ou férias dos elementos responsáveis pela consulta. No entanto, averigui que na análise dos dados efectuados a 200 consultas de doentes, nas memórias remanescentes mais frequentes, 164 lembrava-se de “ter tubos no nariz”, 142 referiram medo da morte, 139 não ser capaz de dormir, ser “picado com agulhas”, não ser capaz de comunicar, ouvir o alarme do monitor cardíaco e os ruídos e alarmes das máquinas foi referido por 134, 133, 132 e 131 pessoas respectivamente.

Durante a passagem do doente na unidade procedi ao preenchimento de um diário, escrito pela equipa multidisciplinar e família, entregue ao doente ou família durante a consulta de *follow-up*/alta/óbito que documentava a sua passagem na unidade para que, quando se restabelecesse, não ficasse na ignorância do que sucedeu.

Nos últimos anos o fenómeno do envelhecimento populacional tem sido observado com crescente preocupação. O envelhecimento é sem dúvida, um processo progressivo e dinâmico que faz parte do ciclo de vida de todo o ser humano. A família, instituição social básica, tem por objectivo a realização de determinadas funções, como proteger os seus membros, durante todo o ciclo vital. Porém, nas últimas décadas, a estrutura familiar sofreu inúmeras alterações tornando cada vez mais difícil o acto de cuidar em casa quem está doente ou prestes a morrer.

Quando detectei impossibilidade na resolução de problemas do âmbito económico-social referenciei ao serviço social para que os cuidados no domicílio fossem adequados às necessidades do doente. Colmatei a inadequação dos cuidados de enfermagem ao doente com Insuficiência Renal com a realização de um panfleto informativo sobre a sua alimentação e facultei uma sessão de formação sobre a temática aos enfermeiros do SU. (Anexo IV)

O aumento do ruído está associado ao desenvolvimento das sociedades e poderemos até encara-lo como um mal necessário porém, o ruído é uma das causas de incomodidade para o ser humano. Tendo em conta a perspectiva holística da prática do cuidar, e devido ao avanço da tecnologia, a equipa multidisciplinar de saúde tem à sua disposição equipamentos de monitorização e análise muito sofisticados que podem levar a um cuidado menos afectivo e impessoal. Monitorizam as funções do ser humano, permitem aumentar a celeridade e a qualidade do desempenho profissional, mas produzem ruídos com características desagradáveis, provocando reacções nos profissionais e nos próprios utentes. (Mateus, 2006)

Perspectivando Amestoy (2006) a “*humanização dos cuidados é vislumbrada a partir da capacitação da habilidade do profissional em desenvolver um aperfeiçoamento constante*”<sup>6</sup> às técnicas de monitorização e dos equipamentos, para uma utilização mais eficaz e racional dos recursos de que dispõe. Assim, procedi à programação de alarmes sonoros com a amplitude adequada para cada doente, após a avaliação sequencial dos sinais vitais, individualizando parâmetros de alarme.

<sup>6</sup> AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFERN, M.B. – A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm, 2006, 19(4), p. 445.

Esta programação permitiu diminuir o ruído provocado pelos alarmes sonoros que interferem directamente nos parâmetros fisiológicos e reacções do comportamento humano, nomeadamente nos reflexos das contracções faciais, no ritmo respiratório e cardíaco e consequentemente nas alterações da pressão arterial, na circulação sanguínea e periférica, na dilatação das pupilas, na alteração do padrão normal de sono e no aparecimento de cefaleias, quer para o doente quer para o profissional envolvido no processo de cuidar. Desta forma, promovi o cuidar de quem cuida para que seja possível cuidar terapêuticamente dos outros. (Dias e Afonso, 2000; Silva, 2001)

Os profissionais de saúde devem estar atentos aos riscos profissionais a que estão sujeitos durante a prestação de cuidados no pré-hospitalar. Todos temos um papel de responsabilidade importante quer na actuação imediata, quer no reconhecimento de situações de risco potencial.

No INEM ainda não existe uma Comissão de Controlo de Infecção (CCI) ou normas emanadas no sentido de prevenção das IACS. As CCI são órgãos de Assessoria Técnica de Gestão às quais estão inerentes atribuições que podem ser reunidas em quatro grandes pilares: elaboração de um manual de normas de controlo de infecção, realização de auditorias ao cumprimento das normas, formação dos profissionais e vigilância epidemiológica, cuja missão principal é melhorar a qualidade dos cuidados através da redução das IACS, pela adopção de boas práticas. (Ministério da Saúde)

O conhecimento dos produtos utilizados na desinfecção dos equipamentos e superfícies da ambulância e uma utilização sábia é preponderante e salutar para a prestação de cuidados de qualidade. Assim, realizei uma pesquisa sobre os produtos químicos utilizados na instituição que colmatou na realização de uma formação de esclarecimento sobre Gestão do Risco Profissional, onde comuniquei e alertei as equipas para algumas inconformidades que podem originar um evento adverso na sua actuação. (Anexo V)

Os resíduos provenientes da prestação de cuidados eram separados por grupos. Mesmo em situações de trauma em que o controlo da vítima e local torna-se mais difícil, enquanto um dos elementos prestava cuidados, o outro recolhia o restante equipamento e resíduos identificados como risco biológico depositando-os no local respectivo. Colaborei com a equipa na separação de lixos que para além de ser uma boa prática, tinha em conta os riscos biológicos inerentes, sendo que esta prestação era efectuada em poucos segundos.

Com a concretização dos objectivos específicos supracitados foi alcançado o objectivo geral “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC”.

**Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

Decorrentes do surpreendente desenvolvimento técnico-científico, as instituições hospitalares encontram-se cada vez mais dependentes dos recursos tecnológicos, incorrendo num cuidado mais frio e impessoal. A capacitação contínua da humanização dos cuidados de enfermagem opõe-se a esta condição.

No estágio clínico promovi o debate entre os elementos das equipas de forma a proceder à troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional, com a discussão de casos clínicos eventualmente susceptíveis de divergência de opinião, atendendo aos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Ao enfermeiro exige-se uma prestação de cuidados competente e humanizada, fundamentada no cuidar, suprimindo as reais necessidades dos doentes e família, através da troca de ideias e análise de situações-problema existentes no serviço.

Perante as situações-problema detectadas, era comum a prática de partilha de experiências informais e formais baseadas no conhecimento científico/reflexão que pudessem otimizar os cuidados, procurando um esforço conjunto na prestação de cuidados de qualidade, aumentando a satisfação dos intervenientes. No SCIM e no pré-hospitalar o índice de conversas rondava os 100% e no SU normalmente verificava-se uma conversa assertiva entre tutor-formando, sendo que com a restante equipa rondava os 65%.

Como referido anteriormente, o Hospital de Braga encontra-se acreditado na sua totalidade pelo HQS desde 2004. O processo envolve um compromisso da administração, médicos e enfermeiros e restante pessoal da instituição, tendo o HQS o papel de apoiar estes responsáveis a melhorar o seu desempenho.

O grau de exigência mantém-se num nível elevado por uma questão de concretização pessoal e institucional, no sentido da obtenção da excelência da qualidade, aumentando o grau de satisfação tanto dos utentes como dos funcionários. A verificação desta qualidade é efectuada interna e externamente de forma anual.

Durante a realização deste estágio o SU sofreu obras de beneficiação. Foram fechadas salas e acessos pelo que nalguns dias com mais afluência (quase todos) os corredores estavam completamente lotados com macas em três filas. Fundamentando-me nas orientações emanadas pela CCI, baseadas em normas europeias, comuniquei ao tutor de estágio e equipa de enfermagem que a distância regulamentada era de um metro e meio. As macas encontravam-se acumuladas, contíguas, sendo a distância ignorada por parte dos profissionais, por também o ser por parte da direcção do hospital, conhecedora do sucedido. Apesar da negligência percebida no controlo ambiental do serviço, a prestação de cuidados de enfermagem foi prestada, sabendo de antemão que essas pessoas estariam em risco de adquirir uma IACS.

Noutra situação foram detectados objectos corto-perfurantes pertencentes aos resíduos hospitalares do Grupo IV indevidamente colocados nos contentores destinados ao

armazenamento de resíduos biológicos do Grupo III. Esta prática era rotineira com alguns clínicos, foram colocados posters com a correcta separação dos lixos, falou-se particularmente com os mesmos, director clínico e participado à CCI. Foi realizada sensibilização dos clínicos e alertado o Assistente Operacional responsável pela higienização da respectiva sala sobre o risco iminente.

**Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.**

A prestação de cuidados baseia-se nos princípios éticos e deontológicos da profissão, perspectivando o cuidar como uma *“atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa. Deve ser vista como o centro da atenção de quem cuida e por isso, nunca devem ser esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que precisa, para além dos cuidados exigidos pela doença em si.”* (Pacheco, 2002)<sup>7</sup>

Assumindo a teoria de Jean Watson como referencial, no Hospital de Braga, o enfermeiro preocupa-se com o bem-estar do outro. Estabeleci uma relação interpessoal caracterizada pela abertura, confiança e compreensão, respeitando os valores e cultura do doente, atendendo às necessidades espirituais, tendo em conta que cada indivíduo é único e que as suas necessidades são diferentes das do outro, encarando-o numa perspectiva holística. Durante a prestação de cuidados, propicie a participação do doente nas decisões a tomar e procurei entender os seus medos, receios e preocupações e tentei resolvê-los com o próprio recorrendo, quando necessário, a outros profissionais.

O enfermeiro para cuidar utiliza um saber próprio que emerge da pesquisa, reflexão, discussão e do dia-a-dia, o chamado saber da enfermagem, que lhe permite prestar cuidados ao outro, para o outro e com o outro.

Assim, torna-se necessário desenvolver competências que permitam adquirir maior conhecimento de nós próprios e dos outros e encontrar o verdadeiro sentido dos cuidados a prestar, para agir na perspectiva das necessidades dos doentes e obter os resultados que se pretendem.

**Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Para que a prestação de cuidados fosse optimizada procedi à consulta de normas, procedimentos e protocolos instituídos nas instituições baseados em provas científicas, relevantes e emanadas da prática clínica, colaborando com a equipa interdisciplinar e multidisciplinar.

---

<sup>7</sup> PACHECO, S. – Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética. 1.ª edição. Loures: Lusociência, 2002.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Comissão da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos (CCEM-OM) (2008) definem doente crítico como *“aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.”*<sup>8</sup>

O transporte de doentes críticos é uma realidade bem conhecida no SCIM, estando comprovado que o transporte pode ser efectuado com segurança, desde que planeado, concretizado por uma equipa experiente e com o equipamento adequado. Apesar do hábito, detectei uma lacuna no Transporte do Doente Crítico, pelo que foram realizadas duas normas: Norma do Transporte Intra-hospitalar e Norma do Transporte Inter-hospitalar, em conjunto com o enfermeiro tutor, para uniformização dos cuidados. (Anexo VI)

O período de transporte de doentes envolve alguns riscos, pois caracteriza-se pelo risco de grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser previstas, apenas justificadas pela necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efectuáveis no serviço. A SPCI e a CCEM-OM (2008) recomendam que, para a operacionalidade do transporte de doentes, é essencial que a instituição possua: uma política formal, com responsabilidades identificadas; a organização de equipas com treino específico e experiência; considere a formação essencial; e implemente programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico, com o envolvimento e o compromisso das instituições.

Durante o estágio clínico prestei cuidados efectivos ao doente, acompanhei e reavaliei as necessidades do doente com base nos cuidados propostos, colaborando quer no transporte intra-hospitalar no SCIM e SU, quer no inter-hospitalar, em articulação com a equipa inter e multidisciplinar, a um índice muito superior a que inicialmente indiquei.

### **Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da EEMC.**

O enquadramento actual da legislação portuguesa, em matéria de transplantes de órgãos e tecidos de origem humana, conforme pesquisei, consta da Lei nº 22/2007 de 29 de Junho, assim como dos diplomas complementares – Decreto-Lei nº 244/94 de 26 de Setembro – RENNDA (Registo Nacional de não Dadores) e Declaração da Ordem dos Médicos de 11 de Outubro de 1994 sobre critérios de morte cerebral. A nível internacional existe uma linha orientadora traduzida pela Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina do Conselho da Europa que se encontra em vigor desde Dezembro de 2001.

Em Portugal é considerado potencial dador todas as situações *post mortem* de indivíduos que cumpram os critérios clínicos e que não estejam inscritos no RENNDA. No SCIM, procede-se a uma reunião com a família em espaço apropriado, onde a equipa multidisciplinar lhes comunica, por uma questão de ética e deontologia, a doação de órgãos

<sup>8</sup> SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS E COMISSÃO DA COMPETÊNCIA EM EMERGÊNCIA MÉDICA DA ORDEM DOS MÉDICOS – Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa, 2008.

quando é atribuído o diagnóstico de morte cerebral fundamentado na história clínica, exame objectivo e pela tomografia axial computadorizada cerebral.

Durante o estágio profissional, procedi à escuta activa da família, apoiei, expliquei e esclareci dúvidas mostrando-me disponível, atendendo à privacidade e interferências na transmissão da comunicação, privilegiando um ambiente calmo e acolhedor, ausente de ruídos visuais ou auditivos adversos.

Na SIV de Santo Tirso colaborei num simulacro sobre prestação de cuidados numa organização conjunta entre esta, INEM, Protecção Civil, Bombeiros Voluntários, Câmara Municipal e Forças de Segurança que culminou no accionamento de apoio diferenciado (SIV) para prestação de cuidados a duas vítimas de afogamento nas instalações da Piscina da Câmara Municipal da Trofa.

Particpei nas reuniões de organização partilhando experiências, sugerindo algumas ideias. Observei a prestação dos profissionais no simulacro fazendo o registo da actuação das equipas numa grelha que criei para o efeito e, finalmente, opinando sobre os aspectos positivos e aspectos a melhorar, sendo o balanço final considerado como muito positivo.

Os simulacros são importantes e devem ser praticados frequentemente para que sejam avivados conhecimentos, promovidas trocas de ideias e interacção com outras equipas, testando a eficácia dos planos de evacuação para eventual reajuste.

No SU, como nos restantes serviços, a morte é encarada como um caos, contradição, angústia principalmente quando se trata de acidente ou mesmo num processo prolongado de doença. É um fenómeno biológico caracterizado pela irreversibilidade das funções vitais, mas também o fim da nossa existência como pessoas, representa *“a ruptura com o mundo em que vivemos”*. (Pacheco, 2002)<sup>9</sup>

Com o avanço da medicina aliada ao processo tecnológico e profissionais altamente diferenciados, torna-se difícil encarar a morte. Incorre-se no risco do encarniçamento terapêutico, no desrespeito pelo ser humano apenas para que possa ser ultrapassado a impotência dos profissionais, ser objecto de estudo ou mesmo o reflexo de um medo.

O encarniçamento terapêutico, também denominado de obstinação terapêutica ou distanásia, consiste no prolongamento artificial da vida com o único objectivo de prolongar a sobrevivência, sem qualidade de vida, recorrendo a terapêutica e meios complementares de diagnósticos fúteis. (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1995; Vieira, 2002)

Durante o estágio clínico alertei a classe médica para o dever ético de respeitar o doente terminal, evitando a realização de exames complementares de diagnóstico fúteis e assistir na morte iminente. Promovi a discussão activa entre os profissionais sobre a temática e assisti a família no processo de luto através da promoção de privacidade, silêncio e respeito na despedida ao doente que morreu. Permiti que estes se despedissem condignamente, consciencializando-se da realidade, e se necessário acompanhando-os nesse processo.

<sup>9</sup> PACHECO, S. – Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética. 1.ª edição. Loures: Lusociência, 2002.



A terapêutica ou meios complementares de diagnóstico não são fúteis em si mas fúteis em relação à preocupação efectiva em promover a qualidade de vida, no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte, com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional, conforme disposto nos artigos 82º e 87º do Código Deontológico. (Vieira, 2002)

Numa era profusamente tecnológica exige-se do enfermeiro uma prestação de cuidados competente e humanizada, atendendo aos princípios éticos da profissão, encarando a morte como uma fase essencial do ciclo vital, pois todos nós morremos.

Desta forma aperfeiçoei a prestação de cuidados que exigiam a abordagem de questões complexas relacionadas com a doação de órgãos, morte e encarniçamento terapêutico e colaboração na realização de um simulacro em doentes que se encontravam internados no SCIM e SU e em contexto pré-hospitalar, correspondendo a 100% do indicador de avaliação proposto, tendo em conta o doente e família, na área da EEMC, em articulação com as equipas.

### **Demonstrar capacidade de reagir perante, situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.**

A abordagem do doente/vítima nas três instituições respeitam as recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação. A abordagem inicial ao doente crítico é efectuada com base na nomenclatura ABCDE. Esta nomenclatura é reconhecida internacionalmente para a abordagem primária como critérios de prioridade na emergência médica significando: A – Via aérea (com controlo cervical), B – Ventilação, C – Circulação (com controlo de hemorragia), D – Disfunção Neurológica e E – Exposição (a necessária, com controlo de temperatura). Ao aplicar esta metodologia pude identificar, corrigir e estabilizar situações que colocavam a vítima em risco imediato de vida.

No seguimento da abordagem anterior efectuei a abordagem secundária. De uma forma pormenorizada pude verificar da cabeça aos pés se alguma lesão tinha passado despercebida.

O doente crítico encontra-se constantemente vigiado e monitorizado por monitores que avaliam os parâmetros vitais auxiliando o enfermeiro na prestação de cuidados na unidade. Num dos doentes internado no SCIM o monitor apresentou um traçado electrocardiográfico de Fibrilhação Ventricular. Este ritmo sendo incompatível com a vida, exigiu a pronta actuação de todos os profissionais, num esforço conjunto. Esta situação embora frequente no meu dia-a-dia no pré-hospitalar, normalmente com mau prognóstico, em contexto hospitalar permitiu a recuperação das funções vitais do doente em menos de cinco minutos e a manutenção da sua vida.

A prestação da equipa de emergência baseia-se em quatro pilares éticos e deontológicos fundamentais: princípio de beneficência ponderando a relação risco/benefício para o doente em situações de ressuscitação e suspensão de manobras de reanimação cardio-

respiratória; princípio da não-maleficência se a reanimação não é tentada em casos fúteis nem contra a vontade explícita do doente imputável; princípio de justiça quando os meios de reanimação estão disponíveis a todos os doentes que deles beneficiam; princípio da autonomia aplica-se quando o doente é capaz de tomar decisões sobre o seu bem-estar, não estando sujeito à influência dos profissionais e a atitudes paternalistas, quando devidamente informado, competente e livre de qualquer pressão sendo as suas preferências/crenças consistentes.

O número de pessoas na sala de emergência deve ser restrito às necessárias, principiando-se com a colocação de equipamento de protecção individual adequado. Trabalhei em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum, desempenhei funções consoante o papel e responsabilidade, sob coordenação médica. Numa situação de reanimação, apoiando-me nas orientações do Conselho Português de Reanimação, alertei o médico para a incorrecta ventilação do doente na implementação do algoritmo respectivo.

Num dos turnos de VMER fomos activados para uma colisão de um veículo ligeiro com um pesado. No local estavam Bombeiros, Ambulância SIV e Forças de Segurança para além de inúmeros populares curiosos. O acesso à vítima encarcerada estava dificultado mas era evidente que apresentava lesões significativas pois os sinais e sintomas sugeriam a existência de choque hipovolémico para além de manifestamente exprimir dor. De imediato sugeri a analgesia da vítima.

Colaborei activamente na extracção, imobilização, cuidados e avaliação da vítima, relacionando-me com as equipas intervenientes no local, ultrapassei as condições adversas, prestei cuidados de enfermagem mais exigentes, numa relação de inter-ajuda em prol do doente. Apenas o correcto planeamento permite organizar a desorganização e otimizar a coordenação dos recursos existentes.

Com a minha colaboração e actuação perante situações imprevistas e complexas pude actuar em situações de PCR, equivalendo a 100% na taxa de actuação que me propus, sendo que duas delas reverteram. Da prestação de cuidados em situações de trauma pude avaliar a taxa de prestação de cuidados efectivos em 100% do indicador de avaliação que estipulei inicialmente e que me permitiu demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.

### **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.**

Cuidar é um conceito central em Enfermagem. Deriva do latim *cogitare* e constitui uma característica ontológica do Ser Humano. As formas de intervenção da profissão de enfermagem valorizam uma intervenção mais expressiva e preocupada com a pessoa como um ser holístico.

O enfermeiro para cuidar utiliza um saber próprio, que emerge da pesquisa, reflexão, discussão e do dia-a-dia, o chamado saber da enfermagem, que lhe permite prestar cuidados ao outro, para o outro e com o outro.

Durante a concretização do estágio clínico no SCIM e no SU foi necessário proceder à contenção física de doentes com o objectivo de evitar danos à integridade física do doente, da equipa multidisciplinar, de outros doentes, bem como de danos materiais e patrimoniais da instituição, uma vez que a contenção verbal e farmacológica se revelou insuficiente.

A decisão de imobilização foi reflectida pela equipa, tendo em conta a avaliação da situação clínica do doente, respeitando a integridade física, a privacidade e a dignidade como pessoa. A responsabilidade do enfermeiro associa a visão retrospectiva da capacidade de imputação pelo acto realizado e pelas suas consequências, e o sentido projectivo, por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, garantindo a protecção da pessoa e a excelência do exercício. (Nunes)

Assim, forneci explicações sobre os procedimentos e necessidade da intervenção à família, respeitando e cumprindo os deveres profissionais expostos no Código Deontológico e no Regulamento do Exercício para a Prática da Enfermagem, aliada a uma política de controlo do risco, sobrepondo-se o bem maior à vontade do doente.

Detectei que apesar de haver uma prescrição verbal, não era registada pela equipa médica nem de enfermagem, tendo comunicado à equipa fundamentando-me na Circular Normativa emitida pela Direcção-Geral da Saúde. A concretização da contenção física exige uma prescrição médica e registo nacional anónimo de episódios de contenção física com notificação obrigatória em sistema informático “on-line”.

A Enfermagem tem obrigações éticas para com a sociedade e os doentes na prestação de cuidados de elevada qualidade. Torna-se necessário desenvolvermos competências que nos permitam adquirir maior conhecimento de nós próprios e dos outros e encontrar o verdadeiro sentido dos cuidados a prestar, para agirmos na perspectiva das necessidades dos doentes, e obter os resultados que se pretendem.

Independentemente da classe profissional a que pertençam, os profissionais do INEM, estão obrigados a cumprir o estipulado pelo Código de Ética. Neste estão convencionados os princípios de actuação, as normas gerais e específicas de conduta. Quando iniciei o estágio li este documento e procurei proceder com o que nele consta. Actuei sempre tendo em conta a confidencialidade e a privacidade dos doentes, consciente dos fundamentos e padrões éticos.

Parafraseando Nunes, “*ao respeitarmos os direitos das pessoas, respeitamos e cumprimos os deveres profissionais*”<sup>10</sup>. Com a minha prestação e colaboração na contenção verbal, farmacológica e física nos diferentes locais de estágio fundamentando as decisões, tendo em conta as evidências científicas e responsabilidades sociais e éticas pude concretizar uma taxa de actuação eficaz em 100% do indicador de avaliação estipulado.

---

<sup>10</sup> NUNES, L. – Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. Disponível em [http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta\\_files/PerspectivaEticaRisco\\_cuida-dos%20seguros\\_LN.pdf](http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuida-dos%20seguros_LN.pdf), consultado em 01/06/2009.

**Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

A relação interpessoal que se dá entre o enfermeiro, o doente e família, é baseada na comunicação. A comunicação é o instrumento básico do cuidado de Enfermagem ou o processo que torna possível o relacionamento enfermeiro-doente-família.

A comunicação humana é complexa e multidimensional e o processo dessa interacção supõe, comunicação, por meio de palavras ou outros meios não-verbais, como expressões faciais, gestos, postura corporal, distância em relação aos outros. (Braga e Silva, 2007)

O processo de interacção humana é marcado por interferências ou reacções, voluntárias ou involuntárias, intencionais ou não, isto é, as pessoas reagem às outras pessoas com as quais entram em contacto de uma forma contínua.

Se numa Unidade de Cuidados Intensivos a comunicação está sempre presente, tenhamos ou não consciência disso, a forma como ela se processa é fundamental. Comuniquei com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, com o doente, com a família, estabelecendo uma relação empática, de compreensão, de preocupação pelo processo de doença, súbita ou crónica, pelo internamento e pelas alterações bio-psico-afectivo-sociais que acarreta.

As UCI são muitas vezes acusadas de terem um ambiente frio, cheia de equipamentos, com um pessoal tecnicista, mas sem uma preocupação maior com os problemas psicossociais do doente, além do ponto de vista clínico. Detectei um empenho comum para acolher dignamente o doente e familiares e alicercei-o de forma a minimizar o impacto provocado pela doença e internamento.

O segredo de uma comunicação eficaz está em conseguir ultrapassar as barreiras que impedem uma boa comunicação. Para Oliveira (2005) as barreiras podem ser externas, pela distância que se cria entre o emissor e o receptor, e internas, pela utilização de linguagem não perceptível/palavras ambíguas, pelos papéis sociais desempenhados, pelos valores e crenças pessoais, pelo estado de cansaço ou doença.

O Enfermeiro deve interessar-se pelo outro e demonstrá-lo não só pela disponibilidade verbal em ouvi-lo mas também pela postura, gestos e expressão corporal, tendo presente que cada indivíduo é único, que tem as suas próprias crenças e valores, a sua linguagem e que, por vezes, o silêncio é mais significativo do que algumas palavras supérfluas. Promovi uma relação terapêutica baseada no dever de escutar, evitando juízos de valor, estabelecendo uma relação de confiança, de compreensão e preocupação sendo gerador de conforto e confiança por parte do doente mesmo em contexto de um SU com bastante agitação e rotatividade de doentes.

A comunicação de más notícias é uma realidade inalterável no quotidiano dos Profissionais de Saúde, constituindo uma das áreas mais difíceis e complexas do contexto do Pré-Hospitalar. É um momento difícil que envolve muitos sentimentos e emoções. Lidar com os

familiares não é fácil pois o que lhes for dito marcará o encarar da morte no futuro. Desenvolver competências nesta área é extremamente importante porque nada deve ser deixado ao acaso.

O enfermeiro tem o dever de assistir a família/cuidadores no processo de luto através da promoção de privacidade, silêncio e respeito na despedida ao doente que morreu. Permitir que estes se despeçam condignamente, consciencializando-se da realidade, de modo que não permaneça a angústia de não se terem despedido ou de não acreditarem que está morto. Deve permitir que estes expressem os seus sentimentos, que se despeçam sem fazer juízos de valor a crenças e religiões que lhe são desconhecidas.

Na era actual assiste-se a uma pluralidade de sentimentos e atitudes perante a morte. Ao enfermeiro exige-se uma prestação de cuidados competente e humanizada, tendo em conta os princípios éticos da profissão, encarando a morte como uma fase essencial do ciclo vital.

Sendo a comunicação um instrumento essencial para a prestação de cuidados de enfermagem, recorrendo a meios verbais e não-verbais, torna-se evidente que o indicador de avaliação relativamente à comunicação eficaz, com recurso a técnicas de comunicação que envolvem o doente e família, numa intervenção holística e individualizada, foram atingidos na sua totalidade.

Apenas no SCIM existia um espaço apropriado para a comunicação de más notícias sendo que, pelo que me foi dado a conhecer, foi utilizado em 100% para o efeito.

### **Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.**

A investigação em enfermagem é relativamente recente mas tem vindo a adquirir uma importância crescente na sua aplicação. A Enfermagem requer um corpo de conhecimentos próprios e quem a pratica deve adoptar uma postura activa e reflexiva na intervenção do saber, tendo em conta que os cuidados prestados devem ser personalizados e únicos. Desta forma, pode-se construir um corpo de conhecimentos apropriados que confere à enfermagem a clarificação do seu campo de competências.

O aparecimento de dúvidas conduziu-me a uma necessidade crescente de procura de informação relevante para esclarecer as incertezas existentes. Durante o estágio pesquisei estudos de investigação que trouxessem a melhor evidência científica para a prática nomeadamente informação sobre patologias, fármacos e técnicas que ignorava.

Procedi a uma pesquisa de investigação assertiva sobre a abordagem ao doente crítico, urgente e/ou emergente (incluindo emergências médicas, obstétricas e pediátricas), paragem cardíaco-respiratória, abordagem ao politraumatizado e situações de excepção.

As evidências científicas encontradas revelam-se de grande importância, não só a nível do ensino clínico, mas também ao longo da nossa vida profissional. O enfermeiro que possui alguma dúvida tem por obrigação realizar pesquisa, para que a falta de conhecimentos inerente seja dissipada, de modo a que, quando for questionado seja capaz de responder correctamente.

A prestação de cuidados ao doente crítico/emergente prevê-se eficaz no menor tempo possível sendo desejada que permaneça o menor tempo possível no serviço. No SCIM verifiquei que a demora média na UCI era de 12 dias, inflacionada pela permanência de doentes críticos até 21 dias durante o estágio. No SU pretendia-se a rápida estabilização e transferência da Sala de Emergência sendo que em média a demora na sala rondava 1 a 2 horas.

O objectivo geral “possuir capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” foi atingido pelo cumprimento dos objectivos supracitados.

**Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.**

A recepção das vítimas e das equipas pela equipa hospitalar torna-se adequada pelo reconhecimento da eficaz prestação de cuidados. O contacto habitual permite atingir uma familiaridade no relacionamento de ambas as equipas. Esta interacção torna-se manifestamente importante pois permite a continuidade de cuidados, a satisfação do doente, família e equipas.

Nas instituições hospitalares pude transmitir informações aos colegas responsáveis pela triagem. Senti satisfação ao observar que as informações acerca do doente que transmitia eram ouvidas e valorizadas pelos colegas, mesmo tendo um colete com a palavra formação.

Foi agradável a abertura à aprendizagem dos Técnicos de Ambulância e Emergência das ambulâncias SBV. A necessidade de limitar o fornecimento de oxigénio em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e medidas básicas (posicionamento e oxigenoterapia) que podem diminuir a evolução para edema agudo do pulmão sem apoio diferenciado foram alguns dos ensinamentos em que pude transmitir aspectos complexos.

Nas instituições hospitalares efectuei ensinamentos aos prestadores de cuidados. A simples elevação do leito, o sentar um idoso com dificuldades na deglutição e a alimentação periódica e vigilância dos valores glicémicos num diabético, são muitas vezes medidas simples que podem fazer a diferença. É possível alterar hábitos nocivos, potenciar o ambiente envolvente e os cuidados prestados de forma a promover a saúde e prevenção da doença e, assim, diminuir os episódios recorrentes de utilização dos meios de socorro e das instituições hospitalares.

Concordo com Wright e Leahey, citados por Corbani (2004), que refere que “a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir famílias nos cuidados de saúde” e que o significado que a família atribui ao bem-estar e saúde do doente “obriga o profissional de

*saúde a considerar o cuidado centrado na família como integrante na prática de enfermagem.”<sup>11</sup>*

Através da realização destas actividades considero que foi possível atingir o objectivo mencionado anteriormente, sendo que diariamente era constante a realização de educações para a saúde ou de formações não programadas que superaram em muito o valor do indicador de avaliação a que me propus.

**Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.**

A assistência imediata e eficaz só é possível mediante uma boa organização dos serviços de emergência e implementação oportuna e fundamentada dos cuidados pré-hospitalares. O socorro atempado a vítimas de doença súbita ou acidente tem como objectivo salvar a vida e diminuir a incapacidade e o sofrimento. O anteriormente mencionado realça a importância da adequada assistência pré-hospitalar de forma a obter a eficácia esperada.

Em todos os serviços contactei com doentes que concretizaram a ideação suicida, sendo que todos se encontravam conscientes, rodeados pelos elementos da família.

Os processos de intoxicação humana têm-se transformado num dos mais graves problemas de saúde pública devido à falta de controlo e prevenção das intoxicações e ao fácil acesso a um número crescente de substâncias com alto grau de toxicidade. (Ferreira, 2008)

As intoxicações podem ser voluntárias ou involuntárias e provocar perturbações biológicas abruptas causadas por uma substância capaz de causar danos que podem colocar a vida em risco ou causar sequelas persistentes, geralmente proporcionais à quantidade de tóxico, condições fisiológicas e tempo decorrido.

Esta situação exigiu a pesquisa bibliográfica, o estudo estatístico dos dados das intoxicações em contexto da SIV de Vila do Conde culminando na realização de uma formação sobre a temática, valendo-me do protocolo instituído pelo INEM. (Anexo VII)

Face a uma crescente preocupação, contágio, morbilidade e mortalidade originada, após a pesquisa bibliográfica fundamentada em estudos científicos e informações nacionais e internacionais, facultei informações pertinentes sobre uma temática actualizada que preocupa utentes e profissionais: Gripe A. (Anexo VIII)

Tendo em conta a detecção do incumprimento das actuações e procedimentos estipulados pela Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares & Alto Comissariado da Saúde forneci ao SU uma formação que resultou da pesquisa de documentos e estudos sobre a Via Verde Coronária. (Anexo IX)

<sup>11</sup> CORBANI, N. M. S. – O dilema conceitual ético do enfermeiro: como cuidar de quem não conhecemos? Acta Paul. Enf., São Paulo, 2004, 17(4), p. 447.

**Identificar as necessidades formativas na área da EEMC.**

**Promover a formação em serviço na área da EEMC.**

Ao longo do estágio tive a oportunidade de planear e realizar duas acções de formação na Base da Ambulância SIV de Santo Tirso e de Vila do Conde.

Durante os turnos na SIV de Santo Tirso detectei algumas irregularidades na informação do desinfectante utilizados pelos profissionais na manutenção da ambulância. O rótulo inglês estava oculto por um colante em língua portuguesa que ocultava os símbolos de riscos do produto. Realizada uma pesquisa sobre o produto e os riscos associados, realizei uma palestra sobre “Gestão dos Riscos Profissionais”. Com a sua concretização pretendi melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e identificar circunstâncias de perigos de forma a actuar na prevenção, correcção, implementação e monitorização de medidas de melhoria.

Na SIV de Vila do Conde detectei a existência de muitas e variadas intoxicações no mês de Dezembro. Questionada a equipa, referiram que não se tinham apercebido do aumento da incidência de intoxicações. Face ao exposto decidi elaborar uma Formação sobre “Intoxicações”. Nesta pretendi transmitir que estamos envolvidos por inúmeros agentes tóxicos de origem animal, vegetal e mineral sendo que os processos de intoxicação têm vindo a aumentar pela falta de controlo e fácil acesso aos tóxicos.

Pretendi identificar os agentes tóxicos mais frequentes na realidade nacional e em contexto SIV, relacionando-os com os antídotos presentes na carga da ambulância. Desta forma pude abordar a temática recorrendo ao protocolo SIV respectivo. Mediante a consulta dos verbetes pude apresentar dados estatísticos sobre a realidade das intoxicações na SIV de Vila do Conde, desde o seu início até à presente data.

No SCIM, como referido precedentemente, divulguei a realização das Normas do Transporte do Intra-hospitalar e Inter-hospitalar com a realização de uma formação intitulada Transporte de Doentes Críticos. (Anexo X)

Nas formações em contexto SIV estiveram presentes 10 enfermeiros e técnicos de ambulância e emergência que acharam pertinente a formação, participando activamente com a colocação de perguntas, formulando sugestões de melhoramento e detectando falhas nos registos efectuados e na prestação individual, correspondendo a 83% da participação/adesão dos profissionais de saúde.

Na formação sobre Transporte do Doente crítico estiveram presentes 14 enfermeiros que aprovaram a escolha do tema correspondendo a 74% dos enfermeiros do serviço.



**Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.**

Os resultados da prática clínica alicerçados nas pesquisas bibliográficas são obtidos recorrendo a uma motivação pessoal e profissional para obtenção de conhecimento válido e pertinente em Enfermagem.

O conhecimento de enfermagem torna-se global e enriquecedor quando se procede à partilha de experiências e informações relevantes sobre os cuidados, mobilizando conhecimentos provenientes da sua formação base, da formação pós-graduada e ao longo da actividade profissional. É formalizado com a comunicação dos resultados da prática clínica e de investigação a audiências especializadas como a realização de formações em sala, demonstrando compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Inicialmente estipulei a concretização de uma acção de formação mas face à observação das necessidades das equipas concretizei três, pelo que atingi integralmente a comunicação de resultados da prática clínica e de investigação a audiências especializadas, aperfeiçoando competências de comunicação e técnicas de comunicação.

**Participar e promover a investigação em serviço na área de EEMC.**

Como referido anteriormente, procedi à pesquisa bibliográfica assertiva sobre a abordagem ao doente crítico, urgente e/ou emergente, paragem cardíaco-respiratória, abordagem ao politraumatizado e situações de excepção, fármacos, ventilação invasiva e técnicas de diálise.

As pesquisas bibliográficas revelam-se de grande importância ao longo da nossa vida profissional. O enfermeiro que possui alguma dúvida tem por obrigação realizar pesquisa, para que a falta de conhecimentos inerente seja dissipada, de modo a que, quando for questionado seja capaz de responder correctamente.

Resultante da formação em Gestão do Risco Profissional, fui convidada, pelas Enfermeiras Tutoras, a ingressar num Grupo de Trabalho que contribua para a aquisição de novos conhecimentos para que haja uma uniformização dos cuidados. Apenas com um esforço concertado, recorrendo a estudos científicos relevantes, o enfermeiro pode ser o promotor de mudança positiva.

Através da participação e promoção da investigação em serviço na área da EEMC relativamente à Gestão do Risco Profissional, com a integração num Grupo de Trabalho, atingi plenamente o indicador de avaliação tendo obtido 100% da sua concretização.

**Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**

Durante a concretização do estágio clínico promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros pela realização de Normas que permitem a uniformização dos cuidados prestados.

Estimulei activamente a necessidade permanente de auto-formação promovendo diálogos para a partilha de experiências, de situações problemáticas, perspectivando um conhecimento válido em enfermagem. Pela colaboração activa na formação da equipa de enfermagem considero ter estimulado a contínua necessidade formativa, concretizando o aperfeiçoamento de competências na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, com a aquisição integral do indicador de avaliação proposto inicialmente.

Com o exposto foi atingido o objectivo geral “ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” através da concretização dos objectivos específicos expostos.

**Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.**

O enfermeiro objectivando a especialização, aplica os conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais, transforma os conhecimentos em saberes e saberes específicos necessários ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitem a construção das competências e do agir profissional, adequado a cada situação.

Como enfermeiro da especialização em EEMC dinamizei e estimulei a troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional, promovi a discussão de casos clínicos para a uniformização e optimização dos cuidados ao doente e família. Proporcionei a prestação de cuidados ao doente crítico e supervisionei o processo de enfermagem promovendo a sua constante actualização. Colaborei nos projectos de formação através da orientação de outros enfermeiros na prestação de cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, promovi a formação em serviço, integrei grupos de trabalho, colaborei na integração de novos elementos e na formação de enfermeiros ou outros profissionais em estágio.

A relevância do EEMC foi percebida durante a parte teórica do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e estágio profissional, pelo Enfermeiro tutor, e arrematado pela observação, responsabilidade e reconhecimento atribuído pelos colegas e outros grupos profissionais, permitindo-me aperfeiçoar competências de forma contínua e autónoma no meu próprio processo de desenvolvimento pessoal, transpondo-o para o plano profissional em contexto de estágio clínico e vida profissional.

## **Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EEMC.**

Não existe uma definição consensual de líder. Estanqueiro (2007) afirma que liderança é a arte de influenciar pessoas através de um processo de comunicação de modo que seja realizada uma tarefa ou atingido um objectivo.

Como EEMC desempenhei funções de líder utilizando uma abordagem multifacetada, incorporando o “saber-ser”, o “saber-estar”, o “saber-saber” e o “saber-fazer”, conciliando com as adversidades e o desgaste do ambiente de cuidados. Adoptei uma postura de responsabilidade, determinação, dedicação, entusiasmo, optimismo, abertura de ideias, pro-actividade, capacidade de inovar e priorizar atendendo à focalização de objectivos. (Coombs, 2006; Pintar, 2007)

Para ser um líder induzi motivação ao grupo através da adopção de uma postura exemplar, distribuindo sabiamente os recursos disponíveis, tendo em conta que a realidade pode ser rapidamente alterada mediante uma ou mais situações críticas, demonstrando, entre outras, rapidez de raciocínio, flexibilidade e fiabilidade ideológica. Para além dos conhecimentos e conteúdos que pesquisei e reflecti, mantive-me constantemente actualizada sobre novas *guidelines*, procedimentos e equipamentos, de forma a ser influenciadora de mudança positiva e, quando necessário, alertei sobre posturas e procedimentos menos correctos perspectivando a aquisição de competências que me permitiram a optimização dos cuidados prestados.

Durante o estágio no pré-hospitalar pude recepcionar a chamada de activação, abordar o doente e família efectuando a avaliação inicial, elaborando focos de enfermagem, planeando, implementando e avaliando as intervenções mediante o protocolo, solicitando validação de medicação quando necessário durante a passagem de dados. Finalmente procedi ao transporte e acompanhamento do doente até à unidade de saúde mais adequada, liderando a equipa de cuidados.

Tendo em vista a função de liderança, inicialmente observei e colaborei na prestação de cuidados, para depois os efectuar com supervisão dos tutores, finalizando por desempenhar o papel de cuidador formal, logo de líder, na satisfação das múltiplas necessidades dos doentes e família, atingindo uma taxa de concretização equivalente a 100%.

## **Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC.**

A supervisão pode ser entendida como “*o acto de orientar alguém ou algo rumo a um determinado objectivo ou fim*” que, na enfermagem, é a busca pela excelência dos cuidados.<sup>12</sup>

Para Abreu (2003) o processo de supervisão incide sobre situações reais, sobre indivíduos em interacção e sobre dinâmicas de colaboração. Assim, o supervisor clínico em enfermagem tem como função sustentar a formação e a actividade profissional dos

<sup>12</sup> ABREU, W. – Supervisão Clínica. Disponível em <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/supervisao-clinica>, acedido em 20/02/2010.

supervisionados, visando a prestação de cuidados de qualidade ao doente, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos.

Os objectivos não se atingem todos de uma vez, espera-se uma acção faseada, continuada e cíclica, devendo o supervisor acompanhar de perto o processo.

Para a criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguro durante a prática de cuidados torna-se necessário proceder à segurança do doente e de todos os profissionais, através de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.

Objectivando a supervisão do exercício profissional procedi à colaboração da supervisão do plano de cuidados estipulados para os doentes. Alertei sobre incongruências no plano de cuidados pelo desajuste nos focos da prática de enfermagem e pelo incompleto registo dos cuidados de enfermagem ao não se proceder à duplicação/triplicação das actividades de enfermagem realizadas, que poderiam inflacionar o rácio de enfermeiros calculados para a completa e eficaz prestação de cuidados individualizados e holísticos aos doentes e família.

Considero que com a colaboração na realização de auditorias internas contribuí para a aquisição de competências para a optimização de cuidados quer da equipa de enfermagem, quer da minha pessoa, para a assumpção da aquisição do papel de supervisão clínica na prestação da equipa interdisciplinar e da equipa multidisciplinar, atingindo uma taxa de capacitação de 100%.

### **Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC.**

Os enfermeiros que têm maior percepção de suporte organizacional no modelo de gestão de unidades de saúde poderão contribuir para a eficiência, objectivando a melhoria contínua da qualidade. Esta eficiência é entendida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados recorrendo aos recursos disponíveis. (Nova, 2008)

Para a aquisição de competências na gestão foram realizadas actividades na área da gestão de cuidados, equipamentos e material de consumo clínico e de aprovisionamento.

Assim, colaborei com o enfermeiro responsável na identificação das faltas de material de consumo clínico e de aprovisionamento e posterior requisição electrónica em todos os serviços onde procedi à realização de estágio clínico.

No SU a elaboração dos pedidos é feita de forma a garantir a existência do número mínimo de recursos dos materiais e fármacos armazenados, nas situações imprevistas, providenciar o fornecimento de recursos materiais ou fármacos cuja existência em armazenamento seja inferior às necessidades, tendo em conta a validade dos produtos. O cálculo do *stock* de segurança é realizado adicionando 20% às necessidades reais do serviço. Sendo o SU um serviço imprevisível de estimar o nível de afluência mesmo com este cálculo surge quebra do *stock* existente. Quando identificado alertei o assistente operacional

responsável pela reposição e, quando inexistência alertei o EEMC para a necessidade de contactar outro serviço ou mesmo o aprovisionamento para colmatar esta falha.

O SCIM possui um *stock* estimado pelos gastos do material no ano transacto, que deveria ser repostado três vezes por semana, sobre supervisão do enfermeiro responsável. Tal não acontece, apenas era repostado duas vezes, razão pela qual, por vezes, existia ruptura do *stock*. Procedi, em colaboração com o enfermeiro responsável, à requisição de material extra para colmatar a falta e garantir os cuidados.

Em relação aos recursos humanos colaborei na elaboração e actualização do horário dos enfermeiros e dos assistentes operacionais distribuindo-os no plano de trabalho. Esta distribuição era efectuada em função das características individuais e rotatividade do pessoal, tendo em conta a existência de possíveis conflitos com outros elementos da equipa. Posteriormente era necessário supervisionar a gestão do pessoal, efectuar uma possível reestruturação nos diferentes postos de trabalho e identificar situações de boas práticas e questões problemáticas.

Em contexto pré-hospitalar não existe um responsável, em turnos fixos, pela gestão de *stocks* e pedido de materiais. Cada meio adoptou o método que lhe pareceu mais eficaz sendo que em todas as bases existia uma listagem das quantidades totais em *stock*.

Assim, optou-se por criar um ficheiro onde pudesse constar o nome de cada material, o *stock* em armazém e a existência, que à medida que ia sendo utilizado o material, permitia descontá-lo. Deste modo, iam aparecendo automaticamente na coluna de material a pedir as quantidades necessárias.

Todos os elementos da base têm responsabilidade na gestão de material clínico, equipamentos e farmácia. Quando necessário procedi à requisição de material, comunicação de avarias e armazenamento de material em colaboração com a equipa de turno.

Os conhecimentos adquiridos durante as aulas de gestão e alguma prática na realização de horários foram determinantes para a colaboração nestas actividades. Embora seja um trabalho moroso e que poucos gostam, torna-se indispensável para o bom funcionamento de qualquer meio.

Desta forma considero ter aperfeiçoado competências na área da gestão de cuidados na área da EEMC tendo em conta que além dos recursos humanos são fundamentais os recursos materiais de consumo clínico, fármacos e equipamentos para o bom funcionamento dos serviços e para o aumento dos níveis de satisfação dos doentes, família e equipas, totalizando uma taxa de eficácia de 100% no indicador de avaliação estipulado.

A gestão dos recursos humanos e materiais implica a realização do índice das necessidades efectivas em função dos recursos existentes colmatando eventuais falhas. Pela sobrecarga, cansaço e *stress* envolvente, torna-se necessário proceder a uma actualização em função das necessidades actuais. Estamos hoje mais velhos, com maior nível de dependência por um período de tempo mais longo, sendo que o aumento do número de elementos poderia equivaler ao aumento da qualidade dos cuidados.

Pelas mesmas razões fundamenta-se o aumento do *stock* de consumíveis materiais para pôr termo às falhas semanais persistentes, resultando num índice de 35% nas necessidades adicionais destes materiais.

Concluindo, o enfermeiro com funções de gestão é hoje um actor social que actua na gestão da mudança e na mudança da gestão.

### **Colaborar na integração de novos profissionais.**

Os profissionais são os elementos base de qualquer instituição. A integração representa uma das actividades básicas da gestão de recursos humanos cujo objectivo visa o ajuste adequado dos profissionais à instituição.

Parafraseando Silva e Carvalho (2002) *“um programa de integração eficaz, desenvolve e estimula o interesse e entusiasmo iniciais, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade de prestação de cuidados”*.<sup>13</sup>

Um programa de integração organizado e orientado ajuda o enfermeiro no processo de integração, tendo em conta as orientações da instituição que integra, adquirindo o máximo de conhecimentos, assumindo as responsabilidades inerentes às suas competências.

Existem vários factores que interferem no processo de integração sendo os mais relevantes o integrado e o integrador. Ambos devem ser íntegros e adoptar um comportamento adequado, conquistando um processo exponencial de auto-confiança no desempenho das suas funções, transmitindo-as a quem cuidam.

Durante a realização do estágio clínico colaborei na integração de um novo elemento no SCIM que provinha de outro serviço da instituição.

Nos primeiros dias, participei no processo de familiarização à estrutura física e organizacional, proporcionei o contacto com o Manual de Integração dos Enfermeiros e o Plano de Integração. Aproveitei também para facultar os protocolos e normas implementadas na unidade de modo a permitir a futura optimização dos cuidados prestados, através da uniformização da prestação de cuidados.

Este método permitiu ao binómio do processo de integração, a diminuição do *stress*, o estímulo da auto-confiança e o auto-desenvolvimento, bem como o aumento da satisfação das necessidades pessoais e profissionais. A consecução do processo aumenta a satisfação e motivação, diminui o tempo de integração e a redução dos custos, promove o alcance precoce e satisfatório das metas propostas pela instituição, imputando-lhe a responsabilidade no processo de integração.

Proporcionando-se o supracitado, adicionando a uma integração eficaz e individualizada baseada nas capacidades e necessidades individuais, recorrendo a manuais, protocolos e procedimentos instituídos, o índice de satisfação de novos elementos no SCIM é de 100%.

---

<sup>13</sup> SILVA, A.; CARVALHO, C. – Integração do Enfermeiro numa Organização Hospitalar. Revista Nursing, 2002, 164, p. 16.

Relativamente a este último objectivo geral, sugerido pela equipa coordenadora do curso, “demonstrar competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida”, penso ter sido concretizado através da aquisição e aperfeiçoamento de competências que garantiram a consecução do objectivo supracitado.

## 2. CONCLUSÃO

Na fase final deste relatório torna-se fundamental reflectir sobre a sua elaboração, tecendo algumas considerações sobre as competências adquiridas através das actividades realizadas para a consecução dos objectivos propostos, principais aquisições e implicações futuras para o percurso profissional.

Este documento assenta na elaboração faseada dos portefolios e tentou dar relevância e visibilidade ao percurso formativo de aquisição, treino e desenvolvimento de competências no âmbito da EEMC.

O desenvolvimento de capacidades criativas, reflexivas, críticas de acentuada componente interactiva, foi instigado através da realização contínua e actualizada de um registo das experiências vividas mais marcantes, que determinou a aquisição e aperfeiçoamento de saberes, conhecimentos e competências que motivaram a prestação pessoal e profissional.

O empenho individual, a orientação por parte do orientador, a transmissão de saberes promovida pelo aluno-tutor-orientador, traduziram a escalada contínua e positiva do meu percurso durante os diferentes módulos do estágio clínico.

A aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais, na perspectiva do enfermeiro especialista em EMC, alicerçou-se na obtenção de um conjunto de conhecimentos baseados na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades dos doentes que vivenciam processos de saúde ou doença crítica com falência orgânica.

A combinação de conhecimentos, de saber-fazer e de experiências e comportamentos exercidos, no contexto do serviço de urgência, do intensivismo e do pré-hospitalar, permitiu a aquisição e aperfeiçoamento de competências na área da EMC, visando uma actuação rápida e precisa ao doente crítico, através da compreensão da globalidade dos cuidados prestados ao próprio e à família.

No SU pude assumir a responsabilidade integral do doente crítico, com ou sem potencial risco de vida, desenvolvendo competências na avaliação, intervenção e tratamento geral e especializado. Tendo em conta o contexto de cada pessoa actuei no sentido de promover a saúde, prevenir e tratar a doença permitindo a readaptação funcional e a reinserção social.

Uma assistência eficaz e estruturada só é possível com uma boa organização do SU e a articulação com as equipas do pré-hospitalar. Assim, apliquei os conhecimentos específicos e desenvolvi capacidades profissionais, utilizando recursos adoptados pela instituição nomeadamente na correcta atribuição de prioridades através do sistema de triagem



implementado, gerindo recursos humanos, destreinando o doente urgente do emergente e efectuando o encaminhamento adequado.

A atribuição de uma prioridade emergente requereu o desenvolvimento de competências em contexto da sala de emergência tentando recuperar a alteração súbita do estado clínico do doente ou sinistrado que exigiam a realização de manobras para restabelecer ou manter as funções vitais.

De forma metodizada aperfeiçoei competências na avaliação sistematizada do doente, trabalhando em equipa, atendendo aos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados.

Tendo em conta o avanço tecnológico procurei, com o tutor, adquirir competências para a correcta manipulação de equipamentos específicos para o tratamento e cuidado ao doente, adequando a parametrização a cada situação. Desta forma promovi a diminuição do ruído provocado pelos alarmes sonoros que interferem nos parâmetros fisiológicos, comunicação e reacções do comportamento humano.

Juntamente com a equipa multiprofissional colaborei na decisão, planeamento e efectivação do transporte intra-hospitalar para a concretização de exames complementares de diagnóstico, do tratamento e transferência para o serviço que mais se adequava às necessidades do doente.

Para colmatar uma necessidade de informação da equipa de enfermagem associada à incidência e prevalência da Insuficiência Renal, geri e interpretei de forma adequada o referencial do curso base, enriquecendo-o com a pesquisa de estudos válidos sobre a alimentação do insuficiente renal, realizando um panfleto elucidativo e organizando uma formação sobre a temática.

Face à dualidade de critérios para a inclusão nas Vias Verdes AVC e Coronária, procedi a uma pesquisa sobre o assunto que se concretizou na realização de uma formação intitulada “Via Verde Coronária”. Desta forma contribuí para a uniformização de critérios culminando numa actuação concertada para aumentar a qualidade dos cuidados, traduzida pelo incremento de ganhos em saúde.

A exigência de cuidados implica a segurança dos procedimentos de enfermagem e dos cuidados prestados por outros elementos. Neste sentido supervisionei o exercício profissional e zelei pela qualidade dos cuidados.

Adquiriti competências na liderança da equipa de cuidados, evidenciando-me na coordenação da equipa, principalmente nas situações críticas que exigiram uma rápida tomada de decisão. Incorporando o “saber-ser”, o “saber-estar”, o “saber-saber” e o “saber-fazer”, adoptei uma postura de responsabilidade, determinação, dedicação, inovação, priorização e estímulo pró-activo dos restantes elementos, distribuindo sabiamente os recursos disponíveis, tendo em conta que a realidade rapidamente pode ser alterada.

Colaborei na gestão adequada dos recursos humanos, físicos e materiais do SU perspectivando o bom funcionamento do serviço, almejando a satisfação dos diferentes actores do processo, tendo em conta os padrões de qualidade da instituição. Assim, adquiri e

aperfeiçoei competências na área da gestão.

Deparando-me com um doente com ideação suicida realizei pesquisa que culminou na elaboração de um estudo de caso que apresentei ao serviço. Implementei o processo de enfermagem individualizado, demonstrando a evolução clínica do doente. Este trabalho, resultante de uma pesquisa e análise reflexiva, permitiu o aperfeiçoamento de competências ao nível da investigação, com o objectivo adicional de estimular o interesse da equipa pela prática, contribuindo para a produção de conhecimento científico útil e válido para a fundamentação da disciplina.

Face à renitência da pessoa com suspeita de Gripe A por H1N1 em ficar em isolamento, e a alguns erros na realização da ficha de entrada no SU com a não informação de suspeita de gripe, realizei uma formação de explanação sobre a temática com o objectivo de reduzir comportamentos de risco.

Actuei no sentido de promover a privacidade do doente e respeito pela distância de segurança das macas para a manutenção de boas práticas relativas à infecção associadas aos cuidados de saúde, alertei para a gestão do risco relativamente à triagem dos resíduos hospitalares de forma a evitar acidentes de trabalho, promovendo cuidados de enfermagem com segurança.

O estágio no SCIM permitiu a possibilidade de prestação de cuidados especializados e integrais ao doente com disfunção orgânica, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais e permitindo a prestação de cuidados globais ao doente tendo em conta a família em que se encontra inserido, atendendo às necessidades sociais, económicas e psicológicas que um processo de doença agudo ou crónico ou de trauma alteraram.

Esta unidade facilitou a aquisição de competências e aperfeiçoamento na prestação de cuidados ao doente em estado crítico, tido como recuperável, com necessidade de uma vigilância e assistência constante por parte das equipas médica e de enfermagem, recorrendo a cuidados especializados, a equipas especializadas, aliado a recursos tecnológicos avançados.

A primeira imagem quando entrei no serviço foi a de uma envolvência tecnológica com uma multiplicidade de monitores, ecrãs e máquinas. Rapidamente pude desmistificar o tecnicismo e mecanicismo atribuído a estas unidades. Promovi a constante troca de ideias e estabeleci uma relação empática eficaz com o doente e família.

Foi gratificante observar a evolução dos doentes decorrente da prestação de cuidados em colaboração com o enfermeiro especialista/perito em cuidados intensivos, tendo em conta uma abordagem concertada dos mesmos.

A maior parte dos doentes internados estavam sujeitos a ventilação invasiva sendo necessária a sua sedação. Apesar deste facto, desenvolvi competências na comunicação explicando antecipadamente os procedimentos a efectuar e tentando averiguar eventuais necessidades. É totalmente errado pensar que um doente sedado e analgesiado não comunica. As alterações nos sinais vitais, piscar de olhos, lágrimas, são pequenas formas de comunicar com os outros intervenientes do processo de cuidar.

Nem sempre era possível uma evolução positiva mas a qualidade dos cuidados possibilitou uma morte digna privilegiando a despedida, a comunicação e a partilha de sentimentos e afectividades. A transmissão do facto aos familiares era realizada em local apropriado com a presença da equipa multidisciplinar, após a discussão da evolução clínica do doente. Auxiliei o processo de luto da família, promovi a despedida efectiva dos entes através da consciencialização da morte com a garantia de um final com conforto e ausência de dor.

Num ambiente em que predomina a valorização dos processos de doença em contexto de doença súbita ou de trauma aliada a um conjunto de técnicas e equipamentos sofisticados, desenvolvi uma relação de proximidade com o doente, assegurei a preservação da dignidade humana como forma de promover a qualidade dos cuidados prestados. Assim, melhorei competências de análise de situações complexas tendo por base uma reflexão e consciência dos princípios éticos fundamentais.

Face a algumas intercorrências no transporte de doentes, em colaboração com a tutora, realizei duas normas sobre o Transporte do Doente no Intra-hospitalar e no Inter-hospitalar para que fosse uniformizada a prestação de cuidados pela equipa interdisciplinar e multidisciplinar. Realizei uma formação em serviço à equipa de enfermagem sobre o Transporte de Doentes Críticos no sentido de potenciar não só o desenvolvimento profissional dos enfermeiros mas também a construção de referências de qualidade para as práticas profissionais.

Construí uma Folha de Transferência de doentes que complementava o plano de cuidados e o processo do doente impresso pelo Sistema de Informação de Enfermagem adoptado pelo serviço, SAPE, através de uma linguagem comum fundamentada na classificação internacional para a prática de enfermagem.

Adaptei os parâmetros de máquinas e monitores permitindo desta forma o repouso e sono mais adequado e cuidar da pessoa que cuida.

Adquiri competências no âmbito das relações humanas e da comunicação com o outro. Através do tacto, tido como o sentido mais primário de percepção do Ser Humano, estabeleci uma relação baseada na comunicação pelo toque. Considerei esta exigência extremamente importante no cuidado ao doente crítico frequentemente sedado e, por isso, carente de estímulos, de comunicação e relacionamento.

Obtive competências na gestão e supervisão de serviços, atendendo às reais necessidades dos materiais de consumo, equipamento e recursos humanos, reconhecendo as necessidades e competências na gestão de serviços, pois o enfermeiro é o profissional que mais tempo passa com o doente, permitindo a gestão da mudança na mudança da gestão.

Uma assistência imediata e eficaz só é possível se se estabelecer uma boa organização dos serviços de emergência e implementação dos cuidados pré-hospitalares. O socorro atempado a vítimas de doença ou acidente tem como objectivo salvar a vida e diminuir a incapacidade e o sofrimento. A abordagem adequada e a estabilização da vítima/sinistrado no local, o seu acompanhamento e transporte à unidade de saúde mais adequada permitem obter a qualidade da assistência pré-hospitalar.

Adoptei uma metodologia de trabalho baseada em protocolos e procedimentos definidos respeitando as recomendações internacionais, com a consciência de que as necessidades em cuidados de saúde são cada vez mais complexas. Assim, prestei cuidados de uma forma adequada, dirigida e especializada garantindo a qualidade dos mesmos.

Em cada ocorrência desenvolvi, com a equipa, competências na prática da emergência pré-hospitalar garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados. Procedi à discussão dos procedimentos efectuados e cuidados prestados perspectivando a melhoria dos mesmos e a eventual “descarga” emocional, através do aperfeiçoamento de uma consciência crítico-reflexiva.

Incrementei competências no domínio do atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e activação dos meios de socorro adequados para situações de urgência/emergência ou catástrofe, e a estabilização e o acompanhamento durante a efectivação do transporte à unidade de saúde mais adequada.

A formação de enfermeiros numa perspectiva da formação permanente é um factor estratégico de mudança, concertando o desenvolvimento individual dos enfermeiros com o desenvolvimento da qualidade assistencial no contexto pré-hospitalar. Para que os enfermeiros exerçam um papel activo nas equipas de saúde, desenvolvam o exercício da reflexão sobre as suas práticas profissionais e promovam a criação e a implementação de situações formativas, procedi à concretização de duas formações intituladas “Intoxicações” e “Gestão do Risco Profissional”.

No seguimento da formação realizada e na ausência de uma CCI, foi-me proposto a integração num Grupo de trabalho para a pesquisa dos produtos químicos adoptados pela instituição para a detecção de inconformidades que possam colocar em causa o risco profissional. Apenas o trabalho conjunto dos elementos participantes pode diminuir o Risco Profissional para que as intercorrências sejam nulas ou insignificantes, optimizando os cuidados e procedimentos prestados.

Nas ocorrências procurei estar atenta de forma a adquirir competências em situações complexas. Integrei um simulacro sobre situações de excepção, participei em reuniões preparatórias partilhando experiências e avaliei a actuação das equipas através da observação e registo numa grelha que criei para o efeito.

É reconhecida competência à enfermagem na área da gestão objectivando a prestação de cuidados com qualidade. Colaborei na gestão apropriada de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado ao doente indispensáveis para o bom funcionamento dos serviços. Acredito ter desenvolvido competências que demonstrem ser uma mais-valia no meu percurso profissional ao nível da gestão.

Durante o ensino clínico pude integrar um conjunto de conhecimentos, de adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprios de um aspecto específico dos cuidados de enfermagem que me permitiram fazer apelo às minhas habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos sócio-afectivos adequados.

Durante a concretização dos estágios clínicos surgiram algumas dificuldades nomeadamente no desconhecimento de equipamentos e monitores que foram colmatadas com a pronta prestação dos profissionais de saúde através da explanação do seu correcto manuseamento e de uma busca constante de conhecimento. Face à particularidade do doente crítico/emergente aperfeiçoei técnicas de comunicação que permitiram a optimização da prestação de cuidados de qualidade ao doente e família, recorrendo a alternativas como o toque terapêutico na interacção com o doente inconsciente sedado.

A concretização de obras de beneficiação do SU limitaram a minha intervenção ao doente crítico/emergente uma vez que não me foi possível proceder à continuidade de cuidados na sala de internamento com observações, sendo precoce a transferência de doentes para outros serviços. Pelo mesmo motivo as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde aumentaram pela impossibilidade de concretização da distância entre macas recomendada pela CCI emanada em directrizes e normas europeias.

A aparente desorganização do SU, motivada pela procura excedentária, tendo em conta a estrutura física e recursos materiais e humanos existentes, motivou que a prestação de cuidados de enfermagem e subsequente acompanhamento fossem limitados, procurando sempre a qualidade dos cuidados especializados de qualidade ao doente e família, permitindo a expressão de sentimentos e preocupações e o despedir do ente querido. Quanto ao processo de triagem era impossível conferir a confidencialidade da informação visto que com maior afluência permaneciam no mesmo gabinete dois enfermeiros a realizar triagem e dois utentes sem barreira física. A desmotivação da equipa para a formação formal originou à disponibilização das formações informaticamente, à realização de ensinamentos informais e à troca assertiva de ideias, casos clínicos, problemáticas para a aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos e práticas, e também à pesquisa e à troca de estudos de investigação. Esta alternativa foi a encontrada pela não adesão à formação convencional em sala.

Face à inexistência de local apropriado para a transmissão de más notícias no SU sugeri a utilização de um consultório clínico disponível evitando a sua transmissão no corredor. Com as obras de beneficiação foi sugerido a realização de uma barreira divisória na triagem que conferisse a confidencialidade da informação.

A inexistência de recursos humanos adequados às reais necessidades dos doentes e famílias usufruidores dos serviços limitam a optimização dos cuidados prestados. Por vezes é impossível humanamente a completa disponibilidade do enfermeiro aos requisitantes dos cuidados. Apesar disto a disponibilidade, o ensino, a boa disposição era uma prática comum pois a supremacia era a garantia de cuidados de qualidade.

Em contexto pré-hospitalar a existência de equipas reduzidas nos meios INEM quer em contexto CODU, com a demora do atendimento de todas as chamadas de emergência e chamadas falsas que diariamente representavam um número significativo, quer em contexto de rua com as ambulâncias de SBV e SIV compostas por dois tripulantes em alguns contextos de doença súbita ou trauma, demonstraram ser insuficientes para a extracção, imobilização e prestação de cuidados. No caso da VMER, uma vez que não transportam vítimas, era sempre

exigido um meio INEM ou não INEM (Bombeiros, Cruz Vermelha) que procediam ao transporte da vítima. Foi transmitido verbal e escrito esta consciencialização às enfermeiras tutoras, e sempre que possível procedi à concretização de ensinamentos e prestação de informação relevante à família sobre o doente emergente. Foram realizadas elucidações à restante população sobre o recurso de meios diferenciados de emergência e a correcta transmissão de informação para que, num esforço comum entre profissionais e população, pudessem ser alcançados ganhos em saúde.

A limitação temporal do estágio clínico não permitiu a concretização em tempo útil da pesquisa dos produtos químicos pelo Grupo de Trabalho pela constatação da existência do risco profissional com os produtos utilizados.

Mediante a inexistência de uma Norma de Transporte de Doentes no SCIM realizei com a enfermeira tutora a Norma do Transporte Intra-hospitalar e a Norma do Transporte Inter-hospitalar para a uniformização de cuidados e subsequente optimização da sua qualidade. Para além disso foi realizada uma Folha de Transferência e insisti no registo de todos os cuidados prestados para que fosse detectada e colmatada a necessidade de mais recursos humanos nos serviços e meios.

Com base nos conhecimentos adquiridos na minha actividade profissional e complementados na formação pós-graduada, acredito ter sido veículo de mudança ao nível do doente crítico e família. Procurei soluções para problemas de saúde complexos, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência, na equipa inter e multidisciplinar, assumindo o compromisso da melhoria dos cuidados.

Os ganhos obtidos pela concretização do estágio clínico repercutem-se ao nível das equipas multidisciplinares com as quais tive contacto pela partilha e troca de experiências, saberes e aquisição de competências, objectivando a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e família, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Ao reflectir sobre todo o processo efectuado concluo que os estágios foram fundamentais na aquisição e aprofundamento de conhecimentos e na produção de competências na área de especialização, permitindo concluir que os objectivos foram atingidos.

A aquisição e aperfeiçoamento das competências adquiridas, reflectidas com espírito crítico pessoal e em contexto de equipa, permitiram-me extrapolar para o meu contexto profissional saberes e conhecimentos específicos que se querem objectivados de mudança positiva na equipa multidisciplinar que integro.

A estrutura do relatório permite uma fácil leitura e compreensão e por isso considero que a sua escolha foi a adequada. Cada capítulo traduz o meu percurso no desenvolvimento de actividades prestadas ao doente emergente/crítico, com a aquisição de novos conhecimentos, de competências específicas que caracterizam o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Para isso a metodologia descritiva, analítica e reflexiva pela qual optei foi fundamental porque através de um carácter narrativo, de uma forma detalhada e objectiva, permitiu-me

descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do Estágio Clínico.

Não gostaria de terminar sem deixar de salientar a importância dos tutores de estágio e das equipas que com eles colaboraram que permitiram a integração no contexto de cuidados. A experiência demonstrada e a vontade em ensinar promoveram momentos de aprendizagem e aquisição de competências no contexto da EMC. Um especial agradecimento à orientadora pela disponibilidade e orientações fornecidas durante o ensino clínico que proporcionaram a elaboração deste trabalho.

De um modo geral, a elaboração deste relatório constituiu uma importante ferramenta de trabalho para a minha evolução pessoal e profissional dando, assim, um contributo positivo na minha aprendizagem.

A exigência de um currículo organizado e com base científica que dignifique a profissão de Enfermagem exige a actualização e a conquista de novos desafios, devendo ser encarados como objecto de mudança positiva.

Após esta etapa espero continuar a investir no meu percurso académico e profissional. Pretendo dar o meu contributo no Grupo de Trabalho que integrei no decorrer destes estágios e optimizar as competências inerentes às funções do enfermeiro EEMC.

Em suma, considero estar preparada para iniciar o meu percurso como Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta as responsabilidades inerentes.

### 3. REFERÊNCIAS

#### Bibliográficas

- AMESTOY, S.C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M.B. – A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 2006, 19(4), p. 444-9.
- BENNER, P. – De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto, 2005. ISBN 989-558-052-5.
- BRAGA E.M., SILVA M.J.P. - Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm*, 2007, 20(4), p. 410-4.
- CERQUEIRA, M.; GOMES, J. – Comunicar em Enfermagem (algumas reflexões). *Revista Sinais Vitais*, 2002.
- COOMBS, M. – *Managing today's reality of delivering critical care nursing. Critical Care Nurse*. 11(5), 2006, p. 216-217.
- CORBANI, N. M. S. – O dilema conceitual ético do enfermeiro: como cuidar de quem não conhecemos? *Acta Paul. Enf.*, São Paulo: 2004, 17(4), p. 445-9.
- DECRETO-LEI N.º 161/1996. «D.R. I Série-A». 205 (96-09-04) 2959-2962.
- DECRETO-LEI N.º 242/1996. «D.R. I Série-A». 220 (1996-08-13) 3220-3225.
- DECRETO-LEI N.º 247/2009. «D.R. I Série». 184 (2009-09-22) 6758-6761.
- DIAS, M.; AFONSO, J.L. – Efeitos da Poluição Sonora no Ser Humano. *Revista TecnoHospital, ATEHP*, 2000, (7), p. 28-36.
- DOENGUES, M. E, MOORHOUSE, M. F, GEISLER, A. C. – Planos de cuidados de enfermagem: orientação para o cuidado individualizado do doente. Lisboa: Guanabara Koogan, 2002.
- ESTANQUEIRO, A. – Saber Lidar com as Pessoas. 2ª Edição. Lisboa: Editorial Presença, 2007.
- FERREIRA, A. (et al) – Avaliação das Intoxicações Medicamentosas em Portugal. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 2008.
- GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS – O Serviço de Urgência – recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. Ministério da Saúde e Hospitais S.A.. Lisboa, 2006.
- HESBEEN, W. – Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
- HOEMAN, S. P. – Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.
- LOUREIRO, R.; FERREIRA, M. e DUARTE, J. – Questionário de Liderança em Enfermagem. *Referência. IIª Série*. (7), 2008, p. 67-77.



- MATEUS, M. S. (et al) – Caracterização Acústica de Equipamentos de Monitorização em Unidades de Cuidados Intensivos. Revista Sinais Vitais, 2006, (65), p. 16-22.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência. Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde: Lisboa, 2007.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.
- PACHECO, S. – Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética. 1.<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusociência, 2002.
- PHANEUF, M. – Planificação de cuidados: um sistema integrado personalizado. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- PINTAR, K.A.; CAPUANO, T.A.; ROSSER, G.D. – *Developing Clinical Leadership Capability. Journal Continuing Education Nursing*, 2007, 38(3), p. 115-121.
- PONTE, J. P.– Estudos de caso em educação matemática. Bolema, 2006, 25, 105-132.
- SILVA, M.J.P. – Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA, E. A., NISHIDE, V. M., NUNES, W. A. – Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 1-11.
- SILVA, A.; CARVALHO, C. – Integração do Enfermeiro numa Organização Hospitalar. Revista Nursing, 2002, (164), p. 16-20.
- SILVA, M. A. – Capacidade e disposição para o pensamento crítico em enfermagem: adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: [s.n], 2000.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS E COMISSÃO DA COMPETÊNCIA EM EMERGÊNCIA MÉDICA DA ORDEM DOS MÉDICOS – Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa, 2008.
- STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.; ARANTES, E.C. – A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. São Paulo: Edição Manole, 2005.

#### Cibergráficas

- ABREU, W. – Supervisão Clínica. Disponível em <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wiki.net/supervisao-clinica>, acedido em 20/02/2010.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida - 11/CNECV/95. Disponível em [www.cneqv.pt](http://www.cneqv.pt), acedido em 15/01/2007.
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES & ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Lisboa, 2007. Disponível em <http://www.cndcv.pt>, acedido em 29/10/2009.

- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES & ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Lisboa, 2007. Disponível em <http://www.cndcv.pt>, acedido em 29/10/2009.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa N.º 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07. Disponível em [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008801.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008801.pdf), acedido em 01/06/2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt), acedido em 10/06/2009.
- NOVA, A. C. – A eficiência na Gestão dos Cuidados, o Papel do enfermeiro. Disponível em <http://enfermagempnt-noticias.blogspot.com/2008/04/eficincia-na-gesto-dos-cuidados-o-papel.html>, acedido em 10/02/2010.
- NUNES, L. – Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. Disponível em [http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta\\_files/PerspectivaEticaRisco\\_cuidados%20seguros\\_LN.pdf](http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuidados%20seguros_LN.pdf), acedido em 01/06/2009.
- OLIVEIRA P. S. (et al) – Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. Revista Electrónica de Enfermagem, v. 07, n. 01, p. 54 – 63, 2005. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br), acedido em 28/04/ 2009.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Enfermagem no Pré-Hospitalar: Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. Disponível em [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt), acedido em 22/03/2009.
- VIEIRA, M. – Conselho Jurisdicional Posição Relativamente à Eutanásia. Disponível em [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt), acedido em 22/03/2010.

#### 4. ANEXOS